



|                                      |             |                   |               |
|--------------------------------------|-------------|-------------------|---------------|
| Date de naissance<br>Année Mois Jour |             |                   | N° de dossier |
| N° d'assurance maladie               |             |                   |               |
| Nom à la naissance                   |             | Prénom            |               |
| Adresse                              |             |                   |               |
| Ville                                | Code postal | N° de téléphone   |               |
| Nom de la mère                       |             | Prénom de la mère |               |
| Nom du père                          |             | Prénom du père    |               |

INSTALLATION : \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE DE LIAISON À L'ATTENTION DU  
PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE**  
TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE  
PERTES VAGINALES INHABITUELLES

DATE 

|       |      |      |
|-------|------|------|
| Année | Mois | Jour |
|-------|------|------|

**IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (OU DU PHARMACIEN)**

\_\_\_\_\_ Nom, prénom \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_ N° de télécopieur

Ce formulaire représente le formulaire original. La pharmacie ou le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

**MÉDICAMENTS ET POSOLOGIE**

Médicament n° 1 : \_\_\_\_\_ Posologie ajustée : \_\_\_\_\_  
 Posologie actuelle : \_\_\_\_\_ Personne avisée du changement de posologie :  Oui  Non  
 Durée de traitement initiale : \_\_\_\_\_  Aucun changement de posologie

Médicament n° 2 : \_\_\_\_\_ Posologie ajustée : \_\_\_\_\_  
 Posologie actuelle : \_\_\_\_\_ Personne avisée du changement de posologie :  Oui  Non  
 Durée de traitement initiale : \_\_\_\_\_  Aucun changement de posologie

Médicament n° 3 : \_\_\_\_\_ Posologie ajustée : \_\_\_\_\_  
 Posologie actuelle : \_\_\_\_\_ Personne avisée du changement de posologie :  Oui  Non  
 Durée de traitement initiale : \_\_\_\_\_  Aucun changement de posologie

**IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL HABILITÉ VISÉ PAR CETTE ORDONNANCE**

\_\_\_\_\_ Signature du professionnel \_\_\_\_\_ Nom en caractère d'imprimerie \_\_\_\_\_ N° de permis  
 \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Titre d'emploi

**IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ**

\_\_\_\_\_ Nom, prénom \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_ N° de téléphone

**TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE**

(à compléter uniquement si la personne qui fait l'envoi est différente du professionnel habilité visé par l'ordonnance)

\_\_\_\_\_ Nom de la personne qui fait l'envoi \_\_\_\_\_ Date (année/mois/jour) et heure de l'envoi

FDCU-GY-002