

Installation : \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE DE LIAISON À L'ATTENTION DU PHARMACIEN<sup>1</sup> COMMUNAUTAIRE

### Ajustement des antihyperglycémiantes ou de l'insuline et analyses de laboratoire pour le suivi du diabète de type 2

#### IDENTIFICATION DU PHARMACIEN / PHARMACIE

NOM :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

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

#### DONNÉES PERTINENTES À L'AJUSTEMENT DE LA MÉDICATION

##### CIBLE THÉRAPEUTIQUE VISÉE :

HbA<sub>1c</sub> : %

GLYCÉMIE PRÉPRANDIALE : mmol/L

GLYCÉMIE 2 H POSTPRANDIALE : mmol/L

##### RÉSULTATS (DATE) :

HbA<sub>1c</sub> : %

GLYCÉMIE PRÉPRANDIALE : mmol/L

GLYCÉMIE 2 H POSTPRANDIALE : mmol/L

DATE DU PROCHAIN PRÉLÈVEMENT SANGUIN :

DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

#### AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE

MÉDICAMENT :

AUCUN CHANGEMENT DE POSOLOGIE

POSOLOGIE INITIALE :

POSOLOGIE AJUSTÉE :

RENOUVELLEMENT :

PERSONNE AVISÉE DU CHANGEMENT DE POSOLOGIE :

OUI NON

#### NOTES

#### MÉDECIN TRAITANT

NOM :

PRÉNOM :

NUMÉRO DU PERMIS :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

TÉLÉAVERTISSEUR :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

#### IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL

NOM :

PRÉNOM :

NUMÉRO DU PERMIS :

NOM DU GMF :

SITE :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

DATE (ANNÉE / MOIS / JOUR) :

SIGNATURE :

N° de référence de l'ordonnance collective : OC-MC-002

FDCU-MC-011

<sup>1</sup> Le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.