

Installation : _____

FORMULAIRE DE LIAISON À L'ATTENTION DU PHARMACIEN¹ COMMUNAUTAIRE

Ajustement de la médication antihypertensive

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 : mm Hg

MPAC (oscillométrique)

MPAC-OS (oscillométrique en série)

MPAD (à domicile)

DATE :

PA : mm Hg

DATE DU PROCHAIN PRÉLÈVEMENT SANGUIN :

DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE

MÉDICAMENT :

AUCUN CHANGEMENT DE POSOLOGIE

POSOLOGIE INITIALE :

POSOLOGIE AJUSTÉE :

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 :

¹ Le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.