



Date de naissance 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**

AJUSTEMENT DE LA MÉDICATION
ANTIHYPERTENSIVE DE PREMIÈRE INTENTION

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-MC-017