



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 MÉDICAMENT -
HYPOLIPÉMIANTS

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-019