



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 - ANTIDIABÉTIQUE

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

Adaptation du formulaire de liaison à l'attention du pharmacien communautaire de l'INESSS - Juillet 2019