

|  |  |
| --- | --- |
|  No DOSSIER : ADRESSE : TÉLÉPHONE : COURRIEL : NAM : NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : SEXE : ❑ F ❑ m  |  |
|
|  |

Formulaire de liaison

de l’infirmière(IER) au pharmacien

**Nom du formulaire de liaison**

IDENTIFICATION DU PHARMACIEN(NE) / PHARMACIE

NOM :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : NUMÉRO DE 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

**OBJECTIF THÉRAPEUTIQUE VISÉ :** DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS : DATE DU PROCHAIN PRÉLÈVEMENT :

aJUSTEMENT DE LA POSOGOLOGIE

POSOLOGIE DE DÉPART : POSOLOGIE AJUSTÉE :

USAGER AVISÉ DU CHANGEMENT DE POSOLOGIE ❑ OUI ❑ NON

DURÉE DU TRAITEMENT

❑ 3 MOIS ❑ 6 MOIS ❑ 1 AN ❑ AUTRE :

NOTES DE L’INFIRMIÈRE(IER)

NOTES DU PHARMACIEN(NE) (INTERACTIONS, OBSERVANCE, ETC.) à l’infirmière(IER), prn

MÉDECIN TRAITANT

NOM : PRÉNOM : NUMÉRO DU PERMIS :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR : NUMÉRO DE TÉLÉAVERTISSEUR :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

HORAIRES DE DISPONIBILITÉ : JOURS : HEURES :

IDENTIFICATION DE L’INFIRMIÈRE(IER)

NOM DU GMF : NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR :

SITE :

NOM : PRÉNOM :

HORAIRES DE DISPONIBILITÉ : JOURS : HEURES :

DATE : NUMÉRO DE PERMIS : SIGNATURE :

 ANNÉE/MOIS/JOUR

**No de référence de l’ordonnance :**