

FORMULAIRE DE COMMUNICATION DU PHARMACIEN AU MÉDECIN TRAITANT (ATTENTION REQUISE)



DATE :

HEURE :

MÉDECIN TRAITANT

PATIENT

Nom :

Nom :

Tél. :

Télec. :

DNN :

N° permis :

NAM :

CONDITION MINEURE NON TRAITÉE

Motif de la consultation :

RÉSULTAT D'ANALYSES DE LABORATOIRE NÉCESSITANT UNE OPINION MÉDICALE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Formule sanguine complète | <input type="checkbox"/> Créatinine |
| <input type="checkbox"/> (PT-RNI) | <input type="checkbox"/> Électrolytes |
| <input type="checkbox"/> Alanine Transaminase (ALT) | <input type="checkbox"/> Créatinine kinase |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Hémoglobine glyquée HbA1C |
| <input type="checkbox"/> Bilan lipidique | <input type="checkbox"/> Hormone thyroïdienne (TSH) |
| <input type="checkbox"/> Dosage sérique des médicaments | |

Analyse prescrite pour la surveillance du médicament suivant :

ORDONNANCES NON PROLONGÉES

ORDONNANCE AJUSTÉE (MODIFICATION DE DOSE)

JUSTIFICATIF

Nom du pharmacien :

N° de membre :

Signature :

Tél. :

Pharmacie :

Télec. :

J'ai pris connaissance du contenu de ce formulaire.

Signature du médecin :

Date :

Heure :

IMPORTANT : RENVoyer UNE COPIE SIGNÉE AU PHARMACIEN S.V.P.