

FORMULAIRE DE COMMUNICATION DU PHARMACIEN AU MÉDECIN TRAITANT (INFORMATION)

DATE :

HEURE :

MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Tél. :

Télec. :

N° permis :

PATIENT

Nom :

DNN :

NAM :

PROLONGATION D'ORDONNANCE

Ordonnance(s) prolongée(s) :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

Date prévue du prochain rendez-vous médical :

ANALYSES DE LABORATOIRE

- | | |
|---|---|
| <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 | |

Médicament :

Nombre de pièces jointes :

SUBSTITUTION D'UN MÉDICAMENT PRESCRIT (RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT)

Médicament substitué :

Nouveau médicament :

MÉDICAMENT PRESCRIT

Condition mineure ou situation :

Médicament :

Forme, posologie, dosage, durée de traitement :

JUSTIFICATIF

Nom du pharmacien :

N° de membre :

Signature :

Tél. :

Pharmacie :

Télec. :