Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal
Québec

Pharmaciens Montréal

Comité régional sur les services pharmaceutiques de Montréal

ÉLÉMENTS ESSENTIELS DANS UN FORMULAIRE DE COMMUNICATION POUR UNE PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

Pharmacie communautaire : _____

Téléphone : _____ **Télécopieur :** _____

Indication/intention thérapeutique :_____

Allergies et intolérances : _____ **Aucune allergie :** ☐

Médicament(s) ciblé(s) dans cette communication	Posologie
Date début traitement : Durée du traitement :	

Antécédents médicaux pertinents :

Tâches effectuées par équipe qui expédie ce document concernant le(s) traitement(s) ci-dessus : **

☐ Enseignements (administration, interactions, effets secondaires, conservation)
Réalisé (date) : _____

☐ Surveillance innocuité pendant la durée du(des) traitement(s) ciblé(s) ci-dessus

☐ Surveillance adhésion pendant la durée du(des) traitement(s) ciblé(s) ci-dessus

☐ Surveillance des laboratoires pendant la durée du(des) traitement(s) ciblé(s) ci-dessus

☐ Ajustement de la pharmacothérapie pendant la durée du(des) traitement(s) ciblé(s) ci-dessus

☐ Autre :

**Merci d'inscrire les informations ci-dessus au dossier-patient pour vous permettre de détecter plus facilement les interactions médicamenteuses ou toute contre-indication.
Ne pas hésiter à communiquer avec nous pour plus de renseignements.

Je consens aux services pharmaceutiques offerts par la pharmacie mentionnée ci-dessous et au partage de l'information sur ma santé avec ma pharmacie usuelle :

Signature du patient : _____ OU Consentement verbal : ☐

Date : _____

Coordonnées du département qui transmet l'information

Nom du pharmacien (en lettres moulées) : _____ Date : _____

Nom de la pharmacie ou département de pharmacie : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Pharmacien de garde :