

FORMULAIRE DE COMMUNICATION**Montérégie Ouest Faxer au (450) 897-1891**

Référence du pharmacien communautaire vers le GAP

Site (RLS): _____

date : _____ heure : _____

Nom		
Prénom		
Adresse		
Numéro de téléphone		
DDN	NAM	Exp.

Fiche de communication GAP et pharmacie communautaire
(PATIENT ORPHELIN, INSCRIT RAMQ, USAGER DU TERRITOIRE (voir code postal vs RLS))**PHARMACIE COMMUNAUTAIRE :** _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Pharmacien : _____ Licence : _____

RÉFÉRENCE DE LA PHARMACIE VERS LE GAP L'utilisateur a donné son consentement pour le partage d'information avec le GAP**Motif de consultation** Période maximale admissible de prolongation atteinte Réévaluation médicale requise par un professionnel Traitement n'est plus jugé optimal (ex. : ajout de molécule requis) : _____ Signaux d'alarme (signes, symptômes, effets secondaires ou labos anormaux) : _____ Condition mineure non-éligible à la loi 31 (svp spécifier): _____ Autres : _____**Autres informations pertinentes à partager :** L'utilisateur n'a pas réussi à obtenir un rendez-vous médical de lui-même (web, téléphone) Date et lieu de la dernière visite médicale (si connu) : _____ Ajustement de la médication déjà réalisée par le pharmacien et sera maintenu à moins d'avis contraire du professionnel qui effectuera l'évaluation demandée.**DÉLAI RECOMMANDÉ POUR RENDEZ-VOUS** ≤ 36 heures ≤ 72 heures ≤ 10 jours ≤ 28 jours ≤ 3 mois**Commentaires :** _____**RÉPONSE DU GAP (À envoyer à la pharmacie dans les plus brefs délais)** Référence acceptée Référence refusée justification : _____**Commentaires :** _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Professionnel : _____ Licence : _____