



GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE – UTILISATION DU FORMULAIRE DE COMMUNICATION DIRECTE

Quand utiliser le formulaire?

Le formulaire de communication directe entre la pharmacie et les professionnels du GAP doit être utilisé quand les conditions suivantes sont réunies :

- Patient sans médecin de famille
- Patient résident sur le territoire de la Montérégie Ouest
- Besoin de santé ponctuel non urgent
- Patient n'est pas en mesure de faire les démarches auprès du GAP par lui-même
- Complexité du cas nécessite une communication directe professionnel à professionnel

Trajectoire

Lorsque qu'un pharmacien contacte directement le GAP la demande est analysée par une adjointe administrative. Selon la situation, une évaluation par une infirmière de liaison est effectuée auprès du patient. Celui-ci, selon se besoin pourrait se voir attribuer un rendez-vous médical avec un médecin ou une IPS du territoire ou encore être référé à un professionnel de l'équipe du GAP : infirmière aux services transitoires, travailleuse sociale ou pharmacienne. L'équipe du GAP vous informe par fax des démarches entreprises suite à votre demande. Vous pourriez recevoir un appel d'un membre de l'équipe si plus de précisions sont nécessaires à l'analyse de la situation.

Quoi inscrire sur le formulaire?

Veillez-vous référer à l'annexe jointe pour plus d'information sur les différentes sections du formulaire.

Quoi faire si mon patient provient d'un autre territoire que la Montérégie Ouest?

Pour le moment, la Montérégie Ouest et Est utilisent le formulaire de communication. La Montérégie Centre rendra le service disponible sous peu. L'équipe du GAP n'est pas en mesure de traiter les demandes de patient provenant d'autres territoires. Pour les autres territoires veuillez-vous référer au modalité de fonctionnement local du GAP.

Questions?

Abonnez-vous au groupe Facebook de la **Table Locale de la Montérégie Ouest** pour avoir accès aux dernières nouvelles concernant le GAP.

Marie Pavageau, Gestionnaire GAP CISSS Montérégie Ouest

marie.pavageau.ciSSsmo16@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : (514) 609-5523

Marie-Eve Bertrand, pharmacienne GAP CISSS Montérégie Ouest

marie-eve.bertrand.ciSSsmo16@ssss.gouv.qc.ca



Pour le RLS, référez-vous à la carte du territoire ou entrez le code postal du patient sur le site suivant : <https://sante.gouv.qc.ca/votre-gaco/>

Nom		
Préno		
Adresse		
Numéro de téléphone		
DDN	NAM	Exp.

Une étiquette patient peut être accolée. Le NAM du patient est essentiel à la bonne identification de celui-ci.

FORMULAIRE DE COMMUNICATION

Montérégie Ouest Faxer au (450) 897-1891

Référence du pharmacien communautaire vers le GAP

Site (RLS): _____

date : _____ heure : _____

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 : _____

Coordonnée de la pharmacie et du pharmacien faisant la demande

RÉFÉRENCE DE LA PHARMACIE VERS LE GAP

L'usager 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'usager 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

Délai selon votre jugement clinique. Les services du GAP ne sont pas disponibles les fins de semaine et les jours fériés. Pour tous besoins de santé urgent, référer aux services d'urgence.

Commentaires : Partager toutes informations pertinentes pouvant guider l'équipe du GAP dans l'analyse et la priorisation du besoin. Ex. valeur de laboratoire, analyse clinique, démarches déjà entreprises en pharmacie.

RÉPONSE DU GAP (À envoyer à la pharmacie dans les plus brefs délais)

Référence acceptée Référence refusée justification : _____

Commentaires : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Professionnel : _____ Licence : _____