

Comité régional sur les services pharmaceutiques de Montréal

Le guichet d'accès à la première ligne (GAP) a été instauré pour soutenir les patients orphelins du CIUSSS. Des modifications apportées à la *Loi sur la pharmacie* permettent aux pharmaciens d'ajuster des médicaments, ainsi que d'initier des molécules sous demande d'un prescripteur. Nous sollicitons l'aide des pharmacies communautaires pour prendre en charge le patient orphelin suivant. Le pharmacien est responsable de ses actes cliniques et utilise son jugement professionnel afin de moduler la pharmacothérapie en fonction de l'état clinique du patient. Le pharmacien utilisera sa propre licence pour ajuster, prescrire et cesser des traitements à son nom.

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

Demande de prise en charge d'une maladie chronique par le pharmacien communautaire		
PHARMACIE COMMUNAUTAIRE : _____		
Téléphone :	_____	Télécopieur : _____
INTERVENANT (IPS OU MÉDECIN RÉPONDANT)		
Nom, Prénom :	_____	Télécopieur : _____
Licence :	_____	Téléphone : _____
WARFARINE		
Indication : _____	Autorisation d'ajouter héparine de faible poids moléculaire (HFPM) : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Cible : <input type="radio"/> 2-3 <input type="radio"/> 2.5-3.5 <input type="radio"/> autre : _____	Agent et dose (jusqu'à normalisation de l'INR) :	
Durée prévue de l'anticoagulation : _____	<input type="radio"/> daltéparine (Fragmin) 200U/kg sc die	
CHADs2 : _____	<input type="radio"/> énoxaparine (Lovenox) 1.5mg/kg sc die	
HAS-BLED : _____	<input type="radio"/> autre : _____	
Débuter HFPM lorsque INR : <input type="radio"/> < 1.5 <input type="radio"/> < 1.7 <input type="radio"/> < 2.2 <input type="radio"/> Autre : _____		
<input type="checkbox"/> J'autorise le pharmacien à ajuster la warfarine selon les normes reconnues.		
Traitement en cours		Communication
Dose actuelle : _____		Dans la mesure du possible, le pharmacien doit communiquer obligatoirement avec le professionnel responsable du suivi clinique du patient lorsqu'une dose ou une voie d'administration est modifiées. Pour toute autre situation, le pharmacien peut informer ce professionnel si jugé utile.
Date du prochain RNI : _____		
Résumé des RNI :		
Date	Résultat	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Antécédents pertinents et problèmes de santé actuels : _____		
Autre information sur la prise en charge (centre de prélèvement, prise à domicile ...): _____		

Le GAP demeure disponible en cas d'urgence ou si vous n'êtes plus en mesure d'assurer la prise en charge du patient. Nous recommandons une réévaluation du patient par un médecin ou IPS aux 2 ans.

Signature : _____

Date/heure : _____