|  |
| --- |
| No dossier |
| Nom |
| Prénom |
| DDN | NAM | Exp. |
| Classification : |  |

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. La pharmacie sera responsable de l’ajustement des médicaments et de la prescription des laboratoires de suivi jusqu’à l’obtention d’un médecin de famille.

|  |
| --- |
| **Demande de prise en charge d’une maladie chronique par le pharmacien communautaire** |
| **PHARMACIE COMMUNAUTAIRE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pharmacien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **INTERVENANT (IPS OU MÉDECIN RÉPONDANT)** |
| Nom, Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Licence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ⃝ J’autorise le pharmacien à ajuster selon les cibles stipulées par les lignes directrices en vigueur.⃝ J’autorise le pharmacien à ajuster selon les cibles mentionnées ci-dessous : |
| **HYPERTENSION** | **DIABÈTE** | **HYPOTHYROÏDIE** | **DYSLIPIDÉMIE** |
| ⃝ < 140/90 mmHg⃝ < 130/80 mmHg⃝ Autre : | ⃝ A1C < 7%⃝ Glycémies AC 4-7mmol/L PC 5-10mmol/L⃝ Autre : | ⃝ TSH entre 0.4-4⃝ Autre :  | ⃝ LDL < \_\_\_\_\_\_\_⃝ non-HDL < \_\_\_\_\_\_\_⃝ Apo-B < \_\_\_\_\_\_\_⃝ Autre : |
| **Thérapie actuelle** : ⃝ J’autorise le pharmacien à ajuster jusqu’aux doses maximales de l’agent connues dans la littérature⃝ J’autorise le pharmacien à ajouter le/les médicament(s) suivant(s) si nécessaires : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_⃝ Autre :  |
|  Problèmes de santé actuels et antécédents : |
| Prise en charge réalisée (ex : dernier suivi, autre professionnel impliqué ou toute autre particularité) : |

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 les autres modifications ou lorsqu’un médicament est cessé, le pharmacien peut informer ce professionnel si jugé utile.

Les IPS du GAP demeurent disponibles 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_