|  |  |
| --- | --- |
| logo-quebec - Triathlon Québec­  Établissement :  | N Dossier : Date de naissance : Sexe :Nom, prénom :Adresse : Téléphone :NAM Expiration :  |
| **DEMANDE DE TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR D’UN PROFIL PHARMACOLOGIQUE** |
| Consentement du patient à transmettre son profil [ ] Consentement verbal [ ] Consentement écrit |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Demande faite le :  |  |  | à : |  |  | * En vue d’un congé
* Admission à une unité de soins
* Urgence
* Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  | **Date : AAAA-MM-JJ** |  |  | **Heure** |
| Par : |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Nom du demandeur** |  |  | **Fonction du demandeur** |  | **Département / Service** |  |
|  |  |  |  |  |  | ( ) |  |
|  | **Licence d’un professionnel****(obligatoire si usager à l’urgence)** |  |  |  |  | **Numéro de téléphone** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| À : |  |  |  | ( ) |  | ( ) |  |
|  | **Nom de la pharmacie** |  |  | **Télécopieur - Pharmacie** |  | **Téléphone - Pharmacie** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **L’usager ci-haut mentionné vous autorise à transmettre l’information demandée à \_\_\_\_\_\_\_ Nom de l’établissement\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** Ce consentement est consigné au dossier de l’usager et n’est valide que pour l’épisode de soins actuel.
* Si vous désirez obtenir une copie de ce consentement, en faire la demande au demandeur.
* En service ambulatoire, le consentement a été obtenu de l’usager et est noté au dossier en date de l’envoi.
 |
|  | **Veuillez traiter cette demande dans les plus brefs délais.****Le profil pharmacologique doit être acheminé par télécopieur au numéro suivant :** |
|  |  | ( ) |  | ( ) |  |
|  | **Télécopieur du demandeur** |  | **Téléphone du demandeur** |  |
|  |  | **Le profil pharmacologique à jour incluant :**  |  |  |
|  |  | * Les allergie(s) et intolérance(s) documentée(s) ;
* Les ordonnances actives incluant les ordonnances avec une fréquence de renouvellement moindre ;
* Les ordonnances en attente (non servies) ;
* Les médicaments prescrits dans les 3 derniers mois (antibiotique, corticostéroïdes, chimiothérapie orale, etc.) ;
* Médicaments cessés dans les 3 derniers mois ;
* Tout renseignement concernant l’adhésion (observance) au traitement médicamenteux ;
* Le type de service de médicaments (DosettMD, DispillMD, etc.) ;
* Toute autre information jugée pertinente (médicaments de vente libre, produits de santé naturels, suivi effectué par un autre professionnel, etc.) .
 |  |
|  | **Merci de votre collaboration** |
|  | **CONFIDENTIALITÉ - Le présent bordereau de transmission et les documents qui peuvent l’accompagner contiennent des informations de nature privilégiée et confidentielle. Si vous n’êtes pas le destinataire prévu, vous êtes par la présente avisé qu’il est strictement interdit de diffuser ou de reproduire ces documents ou leur contenu. Si vous avez reçu ce message par erreur, veuillez nous en aviser sur-le-champ et le déchiqueter.** |
|  |  |