|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| G:\Archivistes\Projet oWord\Gabarits\JMA\Logo\LogoCIUSSSCSIM.jpg | No de dossier :       | RAMQ :        |
| Nom :       | Prénom :       |
| DDN :       (     ) | Sexe :   |
| Début épisode :       | No ch. :       |
| Md traitant :       |

\*SM02623\***FICHE DE COMMUNICATION GAP ET PHARMACIE COMMUNAUTAIRE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Site :  |       |  |
|  |  |  |
| **Fiche de communication Guichet d’accès première ligne (GAP) et pharmacie communautaire**(Usager non inscrit auprès d’un médecin de famille, usager avec RAMQ, usager du territoire (code postal ciblé) |
| **PHARMACIE COMMUNAUTAIRE:** |       |
| Téléphone : |       | Télécopieur : |       |
| Pharmacien : |       |  Licence : |       |
|  |  |  |  |
| **Référence de la pharmacie vers le GAP** |
| [ ]  L’usager a donné son consentement pour le partage d’informations avec le GAP |
| [ ]  L’usager n’a pas réussi à obtenir un rendez-vous médical par lui-même |
| **Raison(s) de consultation** |
|  | **Consultation médicale ponctuelle** |
| [ ]  Période maximale admissible de prolongation atteinte | [ ]  Condition mineure non éligible à la loi 31 (s.v.p. spécifier) |
| [ ]  Réévaluation médicale requise par un professionnel |       |
| [ ]  Date et endroit de la dernière visite médicale (si connu): | [ ]  Autre :  |       |
|       |  |
| **Réévaluation médicale requise** |
| [ ]  Traitement n’est plus jugé optimal (ex. : ajout de molécule requis) |
| [ ]  Signaux d’alarme (signes, symptômes ou labos anormaux) :  |       |
| [ ]  Autres :  |       |
|  |  |  |
| **Autres informations pertinentes à partager:** |
| [ ]  Ajustement de la médication déjà réalisé par le pharmacien et pourra être poursuivi après l’évaluation médicale |
|       |
| [ ]  Usager a été référé aux programmes de maladies chroniques?  |
|  |
| **PRIORITÉ POUR RENDEZ-VOUS** |
|  |
|  A1 ≤ 36 heures |  A2 ≤ 72 heures |  B ≤ 10 jours |  C ≤ 28 jours |  D ≤ 3 mois |
|  |
| **Commentaires:**  |       |
|  |
|  |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Nom et prénom du pharmacien |  | Licence |  | Signature du pharmacien |
|  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |
| AAAA/MM/JJ |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RÉFÉRENCE DU GAP VERS LA PHARMACIE** |
| **Raison(s) de consultation** |
| [ ]  Prolongation des ordonnances | [ ]  Vaccination :       |
| [ ]  Ajustement et suivi par le pharmacien | [ ]  Autre :  |       |
| [ ]  Condition mineure :  |       |  |  |
|  |
| **DÉLAI ATTENDU POUR RECEVOIR LE SERVICE** |
|  ≤ 8heures |  ≤ 36 heures |  ≤ 72 heures |  ≤ 10 jours | Autre :  |       |
| Pharmacien doit contacter le patient dans **un délai de 4 heures ouvrables** |  |
|  |
| **RÉPONSE DE LA PHARMACIE** (À envoyer au GAP dans les plus brefs délais) |
| [ ]  Référence acceptée |
| [ ]  Référence refusée, justification :  |       |
|  |  |
| **Commentaires :**  |       |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |       |  |  |
| Nom et prénom de l’intervenant |  | N° permis/titre d’emploi |  | Signature de l’intervenant |
|  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |
| AAAA/MM/JJ |  |  |  |  |  |

