

Direction des services professionnels et des affaires médicales universitaires

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 2 juillet 2025

AUX PHARMACIENS DE MONTRÉAL

Objet : Demandes de renouvellement de prescriptions faites par Dre Marie-Diba Eid, endocrinologue (CMQ # 12815)

Madame, Monsieur,

Nous accusons réception de votre demande de renouvellement de prescriptions pour un patient précédemment suivi par la Dre Marie-Diba Eid en endocrinologie.

Veuillez noter que Dre Eid est absente pour une période prolongée, et ce, depuis le 9 juin. Elle ne pourra pas reprendre ses activités cliniques avant 2026, au plus tôt.

Dans ce contexte, nous vous demandons dans la mesure du possible de prendre en charge le renouvellement selon les règlements en vigueur, incluant les bilans de contrôle.

Advenant que vous ne soyez pas en mesure de procéder au renouvellement:

- Si le patient **n'a pas de médecin de famille**, veuillez l'orienter vers le GAP (Guichet d'accès à la première ligne) afin de faciliter une prise en charge transitoire ;
- Si le patient **a un médecin de famille**, veuillez lui transmettre la demande de renouvellement afin qu'il puisse assurer la continuité du traitement.

Pour toute demande de renouvellement nécessitant un formulaire de médicament/patient d'exception, nous vous rappelons que **vos pouvoirs professionnels vous permettent de remplir ces formulaires d'assurance (privée ou RAMQ)**. Les conditions cliniques du patient doivent toujours répondre aux critères d'approbation. Afin d'obtenir les informations nécessaires du dossier médical, veuillez remplir la requête en annexe et retourner-la aux archives du CIUSSS via ce courriel: accesauxdossiersdesusagers.ccsmtl@sss.gouv.qc.ca. Les archives vous enverront les éléments souhaités du dossier (diagnostic, rapports, etc.).

Votre intervention est fortement encouragée afin d'éviter toute rupture dans la continuité des soins à des conditions souvent chroniques. Nous vous remercions de votre compréhension et de votre précieuse collaboration.

Cordialement,



Daniel Murphy MD, FCMF
Directeur médical et des services professionnels

p.j.: Formulaire de consentement à transmettre au besoin aux services des archives du CCSMTL



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
AU PARTAGE
ET À LA COMMUNICATION DES
RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER
RECEVANT DES SOINS DE DRE MARIE-DIBA EID de la
clinique d'endocrinologie de l'Hôpital de Verdun**

Nom et prénom du patient		
No d'assurance médicale	Date de naissance	
Adresse (No, rue)		
Ville		
Code postal	Téléphone	Sexe ☐ M ☐ F

CONSENTEMENT AU PARTAGE DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

Aux fins du présent formulaire, le terme *professionnel de la santé* inclut le pharmacien, le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS).

Je soussigné(e), _____, donne l'autorisation aux personnes suivantes d'accéder aux renseignements et aux documents contenus dans mon dossier médical lorsque ces renseignements et ces documents sont nécessaires pour leur permettre de me prodiguer les soins de santé et les services sociaux requis par mon état de santé :

- _____

(nom, numéro de l'ordre professionnel, adresse et numéro de fax ou courriel du lieu de pratique)

- _____

(nom, numéro de l'ordre professionnel, adresse et numéro de fax ou courriel du lieu de pratique)

Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que j'aurai recours aux services de la clinique ci-haut mentionnée. Je comprends également que je ne suis pas obligé(e) de donner ce consentement et que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie, et ce, en tout temps. Je reconnais avoir lu et compris l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à sa compréhension.

Signature de l'utilisateur : _____

Date : _____

Aux pharmaciens: le formulaire complété et signé doit être envoyé au service des Archives du CIUSSS Centre-Sud de l'Île de Montréal au courriel suivant : accesauxdossiersdesusagers.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca en y joignant vos coordonnées afin que le dossier de l'utilisateur vous soit transmis.