



SOV0301 v4

No de chambre		No de dossier	
Nom			
Prénom			
Date de naissance	No Assurance maladie	Sexe	Expiration
Début d'épisode	Installation	Md Traitant	

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSMISSION D'UN PROFIL PHARMACOLOGIQUE À UNE PHARMACIE COMMUNAUTAIRE POUR UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

DESTINATAIRE

Nom de la pharmacie de l'usager

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

AU PHARMACIEN DU MILIEU COMMUNAUTAIRE

Informations demandées pour le profil pharmacologique :

- Liste de médication active : toutes les ordonnances actives à jour incluant celle dont les médicaments nécessitent un grand intervalle d'administration, par exemple : Acide zolédronique, Vitamine B₁₂
- Historique des 3 derniers mois de la médication incluant la médication active, cessée ou terminée, les antibiotiques et les corticostéroïdes utilisés par voie orale ou parentérale
- Ordonnances en attente (nouveau médicament non servi, nouveau dosage ou changement de posologie)
- Toute autre information jugée pertinente
 - Description d'allergie ou d'intolérance
 - Adhésion
 - Ajustement de la médication par un autre professionnel que le prescripteur (ex : warfarine, insuline)
 - MVL inscrits au dossier.

**L'INFORMATION TRANSMISE POURRAIT ÊTRE UTILISÉE PAR LE PRESCRIPTEUR POUR L'ÉMISSION
DES ORDONNANCES À L'ADMISSION/AU DÉBUT DES SERVICES NOUS VOUS REMERCIONS DE TRAITER
CETTE DEMANDE DANS LES MEILLEURS DÉLAIS**

LE PHARMACIEN DOIT SIGNER ET INSCRIRE SON NUMÉRO DE PERMIS SUR LE PROFIL TRANSMIS

Retourner le profil pharmacologique par télécopieur au numéro suivant :

Département/service

DEMANDEUR

Nom du professionnel de la santé responsable de la demande
(LETTRES CARRÉES)

Numéro de permis

Le demandeur confirme que l'usager a donné son consentement à cette demande : verbal écrit

Nom du demandeur (LETTRES CARRÉES)

Signature du demandeur

Date / heure

Numéro de téléphone du demandeur

Merci de votre collaboration

Préparée par la table locale des pharmaciens
Entérinée par l'exécutif du CMDP le 10 février 2015

Avis de confidentialité

Le présent bordereau de transmission et les documents qui peuvent l'accompagner contiennent des informations de nature privilégiée et confidentielle dont la divulgation est légalement interdite. Ce document contient des informations qui ne peuvent être communiqués qu'à son destinataire. Si vous n'êtes pas le destinataire visé, 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 mégarde, veuillez nous en aviser immédiatement et détruire le document de façon confidentielle.

<input type="checkbox"/> Faxé	_____
	(Date/heure)
<input type="checkbox"/> Reçu	_____
	(Date/heure)