



Date naissance	N° de Chambre	N° de dossier	
Nom de famille à la naissance		Prénom	
Nom de famille de la mère		Prénom de la mère	
Rue		Ville	
Province	Code postal	Téléphone	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° d'assurance maladie		Nom du médecin traitant	

APPLICATION :

CISSS de la Gaspésie

## FORMULAIRE DE LIAISON POUR LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE – PRESCRIPTION SELON UNE ORDONNANCE COLLECTIVE

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Allergies : \_\_\_\_\_

Pharmacie communautaire : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Cette ordonnance est destinée à un usage en pharmacie communautaire seulement. Elle fait référence à l'ordonnance collective suivante : Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_.

### PRESCRIPTIONS

Médicament : \_\_\_\_\_ Durée de traitement : \_\_\_\_\_  
Posologie actuelle : \_\_\_\_\_ Renouvellement : \_\_\_\_\_  
Posologie modifiée : \_\_\_\_\_ Code d'exception RAMQ : \_\_\_\_\_  
Usager avisé du changement de posologie :  OUI  NON

Médicament : \_\_\_\_\_ Durée de traitement : \_\_\_\_\_  
Posologie actuelle : \_\_\_\_\_ Renouvellement : \_\_\_\_\_  
Posologie modifiée : \_\_\_\_\_ Code d'exception RAMQ : \_\_\_\_\_  
Usager avisé du changement de posologie :  OUI  NON

Médicament : \_\_\_\_\_ Durée de traitement : \_\_\_\_\_  
Posologie actuelle : \_\_\_\_\_ Renouvellement : \_\_\_\_\_  
Posologie modifiée : \_\_\_\_\_ Code d'exception RAMQ : \_\_\_\_\_  
Usager avisé du changement de posologie :  OUI  NON

### IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL HABILITÉ VISÉ PAR CETTE ORDONNANCE

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de permis d'exercice : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de permis d'exercice : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

*Ce formulaire représente le formulaire original. La pharmacie ou le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.*