

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

**FORMULAIRE DE LIAISON
PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL DE L'INESSS**

PROTOCOLES MÉDICAUX NATIONAUX

- | | |
|---|--|
| ☐ Anticoagulothérapie (Protocole INESSS #628003) | ☐ Diabète (Protocole INESSS #628004) |
| ☐ Dyslipidémie (Protocole INESSS #628005) | ☐ Exacerbation aiguë MPOC (Protocole INESSS #628007) |
| ☐ Hypertension artérielle (Protocole INESSS #628002) | ☐ Trouble neurocognitif majeur (Protocole INESSS #628014) |
| ☐ Trouble neurocognitif léger/majeur [Repérage] (Protocole INESSS #628013) | ☐ Troubles dépressifs (Protocole INESSS #628008) |

IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (OU DU PHARMACIEN)

Nom : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

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

MÉDICAMENTS ET POSOLOGIE

Médicament #1 : _____ Posologie ajustée : _____

Posologie actuelle : _____ Personne avisée du changement de posologie : ☐ Oui ☐ Non

Durée de traitement initial/Nombre de renouvellement restant : _____ ☐ Aucun changement de posologie

Médicament #2 : _____ Posologie ajustée : _____

Posologie actuelle : _____ Personne avisée du changement de posologie : ☐ Oui ☐ Non

Durée de traitement initial/Nombre de renouvellement restant : _____ ☐ Aucun changement de posologie

Médicament #3 : _____ Posologie ajustée : _____

Posologie actuelle : _____ Personne avisée du changement de posologie : ☐ Oui ☐ Non

Durée de traitement initial/Nombre de renouvellement restant : _____ ☐ Aucun changement de posologie

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL HABILITÉ VISÉ PAR CETTE ORDONNANCE

Nom, prénom : _____

Numéro de permis d'exercice : _____ Numéro de téléphone : _____

Signature : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

Nom, prénom : _____

Numéro de permis d'exercice : _____ Numéro de téléphone : _____

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPEUR AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

À compléter uniquement si la personne qui fait l'envoi est différente du professionnel habilité visé par l'ordonnance

Nom de la personne qui fait l'envoi : _____

Titre : _____ Date et heure de l'envoi : _____ aaaa/mm/jj hh:mm