

Installation : _____

**COMMUNICATION PHARMACIE
PROFESSIONNELS ET SOINS INFIRMIERS**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____ Créatinine : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. : _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

Demande de médicaments

Motifs de la demande

1. Format multidoses terminé
2. Médicaments PRN à renouveler
3. Médicaments perdus, crachés ou contaminés
4. Médicament non servi
5. Autre (préciser)

Médicaments	Motifs	Quantités	Précisions

Modifications à la feuille d'administration des médicaments (FADM)

Motifs de la demande

1. Demande de changement d'horaire (indiquer le motif VALABLE et préciser l'heure actuelle et l'heure demandée, ex. : horaire de la maison, ATB DIE)
2. Inscription inadéquate de l'information de l'ordonnance
3. Médicaments à cesser ou à reprendre en lien avec un examen
4. Médicaments toujours valides mais absents à la FADM
5. Autres : _____

Médicaments	Motifs	Précisions

Particularités pour l'administration des médicaments

☐ Médication via tube _____ (spécifier type de tube, ex : nasogastrique, gastrostomie, etc.)
Joindre la numérisation de l'ordonnance confirmant l'administration via le tube.

Médication : ☐ écrasée OU ☐ entière
☐ dans purée

Consistance de liquide permise : ☐ B-4 ☐ B-10 ☐ B-18 ☐ clair
☐ Prise de la médication sans restriction au niveau de la dysphagie

Évaluation de dysphagie documentée au dossier par :

☐ Équipe de dysphagie _____
Nom du professionnel Titre d'emploi

Signature et titre professionnel : _____ Date : _____ Heure : _____
aaaa/mm/jj hh/mm

☐ Fax envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____