

Formulaire de suivi

Urgent

Au cours des prochains jours/semaines

Pour vos dossiers

NOM DU PATIENT :

N° RAMQ :

NOM DU MÉDECIN :

N° télécopieur :

OBJET DU SUIVI

Problème constaté :

Médicament visé :

Description du problème :

Pièces jointes :

INTERVENTION SUGGÉRÉE

Recommandation :

Précisions sur la recommandation :

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

- Revoir le patient dans les meilleurs délais Patient sera réévalué lors de son prochain rendez-vous
 Poursuivre la prise du médicament visé Cesser la prise du médicament visé
 Modifier le traitement – **(NOUVELLE ORDONNANCE)**

Ren: _____ Date: _____

Signature: _____ N° permis: _____

NOTE: signature et n° permis non requis si l'ordonnance a déjà été transmise verbalement. En retournant ce formulaire par télécopieur à l'attention confidentielle du pharmacien expéditeur, celui-ci fait office d'ordonnance originale ne pouvant être réutilisée par la suite.

EXPÉDITEUR

Nom du pharmacien: _____ N° permis: _____

Téléphone: _____ N° télécopieur: _____

Signature: _____ Date: _____