## Formulaire de suivi

Urgent Au cours	des prochains jours/semaines	Pour vos dossiers
NOM DU PATIENT:	N° RAMQ:	
NOM DU MÉDECIN:	N° télécopie	eur:
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 d		
☐ Poursuivre la prise du médicament v ☐ Modifier le traitement – (NOUVEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	risé   Cesser la prise du médicament vis  LE ORDONNANCE)	;é
 Ren:	Date:	
Signature:		
NOTE: signature et n° permis non requis si l'ordonnan	nce a déjà été transmise verbalement. En retournant ce formula celui-ci fait office d'ordonnance originale ne pouvant être réuti	ire par télécopieur
EXPÉDITEUR		
Nom du pharmacien :	N° permis :	:
Téléphone :	·	ieur:
Signature:	Date:	