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 : **Besoin d'un supplément de calcium**

Médicament visé : **Calcium**

Description du problème :

Apport alimentaire en calcium inférieur à l'apport quotidien recommandé par Ostéoporose Canada pour un adulte de 50 ans ou plus (1200 mg/jour).

Pièces jointes : Dossier pharmacologique **<-Sélectionner/remplacer**

INTERVENTION SUGGÉRÉE

Recommandation : **Ajout d'un supplément de calcium**

Précisions sur la recommandation :

Après évaluation de l'alimentation, l'apport quotidien en calcium est estimé à ____ mg.

Un supplément de _____mg /jour serait nécessaire pour atteindre l'apport quotidien recommandé.

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 : _____