

# 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

Médicaments visés :

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 : \_\_\_\_\_