

# 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: \_\_\_\_\_