

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de
naissance :

NAM :

N° téléphone :

RÉFÉRENCE DU PHARMACIEN POUR UNE ÉVALUATION MÉDICALE DANS LES PROCHAINES SEMAINES
USAGER SANS MÉDECIN DE FAMILLE OU INSCRIT À UN GROUPE DE MÉDECINS

NOTES AU PHARMACIEN

Ne pas utiliser ce formulaire si :

L'usager est suivi par un omnipraticien ou un spécialiste :

- Diriger la demande directement vers ce médecin selon les modalités usuelles de communication.

L'usager présente des symptômes aigus ou toute autre condition non visée par le présent formulaire :

- Suggérer le 811 (option 1 Info-Santé, option 2 Info-Social ou option 3 pour le guichet d'accès à la première ligne).
- Diriger vers l'urgence si la situation le justifie.

MOTIFS DE RÉFÉRENCE

1. Maladie cardiométabolique ou anomalie de laboratoire :

Usager présentant une maladie chronique (HTA, DLPD, diabète, hypothyroïdie) mal contrôlée et/ou une anomalie de laboratoire identifiée dans le cadre du suivi de la thérapie médicamenteuse et nécessitant une réévaluation médicale (spécifiez) :

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

2. Renouvellement de médication prise sur une base chronique :

Les ordonnances ont été prolongées au maximum prévu par la loi et arrivent à échéance sous peu. Les ordonnances sont prolongées depuis le

N.B. : Veuillez faire parvenir le formulaire au maximum 3 mois avant la fin de la prolongation

OU

À la suite à son évaluation, le pharmacien est d'avis qu'une réévaluation médicale de la thérapie est requise.

Justification : _____

Informations complémentaires / précisions de la demande / priorisation (s'il y a lieu) :

DOCUMENTS REQUIS

Ci-joint, le profil de prescription complet et annoté de l'usager afin de synchroniser toutes les ordonnances en cas de renouvellement.

Au besoin mentionner à l'usager de tenir un journal des TA, glycémies, etc.

Note pour les PRN et médicaments dont l'usage chronique nécessite une réévaluation particulière (benzo, narco, inhalateur, crèmes topiques, IPP, etc.) : S.v.p., inscrire sur le profil la quantité et la fréquence de service et, s'il y a lieu, les essais de sevrage récents.

L'usager est informé de la référence et il consent au transfert d'information clinique vers toute clinique médicale du territoire et/ou programme du CIUSSS-Estrie CHUS approprié au traitement de la demande. Mentionner à l'usager qu'il sera contacté par le GAP 811 et un robot téléphonique mentionnera les options à utiliser.

Pharmacien référent : _____

MODALITÉS D'ACHEMINEMENT DU FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE
DU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE VERS LE GAP

(Faire parvenir la demande par courriel ou par télécopieur, un courriel ou un fax par usager si possible)

GAP du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Télécopieur : 819-348-3887

Courriel : cap.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

GAP ligne partenaire (Réservée aux professionnels de la santé) : 833-845-1089