



## Centre de santé et de services sociaux



## FORMULAIRE DE LIAISON DE L'INFIRMIÈRE AU PHARMACIEN

### Ajustement de la médication antihypertensive orale pour le traitement de l'hypertension artérielle

N° DOSSIER :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

NAM :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :  F  M

#### IDENTIFICATION DU PHARMACIEN(NE) / PHARMACIE

NOM :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR :

CE FORMULAIRE REPRÉSENTE LE FORMULAIRE ORIGINAL. LE PHARMACIEN IDENTIFIÉ EST LE SEUL DESTINATAIRE. L'ORIGINAL DE CE FORMULAIRE NE SERA PAS RÉUTILISÉ.

#### DONNÉES PERTINENTES À L'AJUSTEMENT DE LA MÉDICATION

PRESSION ARTÉRIELLE EN CLINIQUE : mm Hg

 AUSCULTATOIRE AUTOMATISÉ

DATE :

OBJECTIF THÉRAPEUTIQUE VISÉ : mm Hg

DATE DU PROCHAIN PRÉLÈVEMENT SANGUIN :

DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

#### AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE

MÉDICAMENT :

POSOLOGIE DE DÉPART :

POSOLOGIE AJUSTÉE :

USAGER AVISÉ DU CHANGEMENT DE POSOLOGIE

 OUI NON

#### DURÉE DU TRAITEMENT

 3 MOIS 6 MOIS 1 AN AUTRE :

#### NOTES DE L'INFIRMIÈRE(IER)

#### NOTES DU PHARMACIEN(NE) (INTERACTIONS, OBSERVANCE, ETC.)

#### MÉDECIN TRAITANT

NOM :

PRÉNOM :

NUMÉRO DU PERMIS :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR :

NUMÉRO DE TÉLÉAVERTISSEUR :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

HORAIRES DE DISPONIBILITÉ :

JOURS :

HEURES :

#### IDENTIFICATION DE L'INFIRMIÈRE

NOM DU GMF :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR :

SITE :

NOM :

PRÉNOM :

HORAIRES DE DISPONIBILITÉ :

JOURS :

HEURES :

DATE :

NUMÉRO DU PERMIS :

SIGNATURE :

ANNÉE / MOIS / JOUR

N° DE RÉFÉRENCE DE L'ORDONNANCE :