

**FORMULAIRE DE LIAISON À L'ATTENTION DU  
PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE**

N° 628002

Ajustement de la médication antihypertensive de  
première intention

Établissement :

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

**IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (OU DU PHARMACIEN)**

NOM :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

Ce formulaire représente le formulaire original. La pharmacie ou le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

**MÉDICAMENTS ET POSOLOGIE**

Médicament :

Posologie ajustée :

Posologie actuelle :

Personne avisée du changement de posologie :  Oui  Non

Durée de traitement :

 Médicament à ajouter (voir prescription médicale)**IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL HABILITÉ VISÉ PAR CETTE ORDONNANCE**

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Numéro de téléphone :

Date :

Signature :

**IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ**

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Numéro de téléphone :

**TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE**

(à compléter uniquement si la personne qui fait l'envoi est différente du professionnel habilité visé par l'ordonnance)

Nom de la personne qui fait l'envoi :

Date et heure de l'envoi :