|  |  |
| --- | --- |
| 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.

**AJUSTEMENT de la posologie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médicament #1 :Posologie actuelle :Durée de traitement initiale : |  | Posologie ajustée :Personne avisée du changement de posologie : [ ] Oui [ ] NonAucun changement de posologie [ ]  |
|  |  |  |
| Médicament #2 :Posologie actuelle :Durée de traitement initiale : |  | Posologie ajustée :Personne avisée du changement de posologie : [ ] Oui [ ] NonAucun changement de posologie [ ]  |
|  |  |  |
| Médicament #3 :Posologie actuelle :Durée de traitement initiale : |  | Posologie ajustée :Personne avisée du changement de posologie : [ ] Oui [ ] NonAucun changement de posologie [ ]  |

**Identification du professionnel HABILITÉ VISÉ PAR L’ORDONNANCE**

Nom, prénom :

Numéro de permis d’exercice :

Numéro de téléphone :

Signature : Date :

**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 habileté visé par l’ordonnance)

Nom de la personne qui fait l’envoi :

Date et heure de l’envoi :