

FORMULAIRE DE LIAISON DE L'INFIRMIÈRE AU PHARMACIEN

L'ajustement d'insuline pour le suivi conjoint des patients diabétiques de type II

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

DATE DU DERNIER SUIVI : _____ POIDS : _____ TAILLE : _____ DATE : _____

CRÉATININE SÉRIQUE : _____ DFGe : _____ HbA1c : _____

GLYCÉMIE PRÉPRANDIALE (AC) : mmol/L _____ GLYCÉMIE POSTPRANDIALE (PC) : mmol/L _____

OBJECTIF THÉRAPEUTIQUE VISÉ : HbA1c : _____ GLYCÉMIE AC : mmol/L _____ GLYCÉMIE PC : mmol/L _____

DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS : _____ DATE DU PROCHAIN PRÉLÈVEMENT : _____

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 :

