Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

LIAISON POUR LE PHARMACIEN
PERTES VAGINALES

Établissement _____

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 numéro 1 _____

Posologie _____

Quantité prescrite ou durée du traitement _____

Médicament numéro 2 _____

Posologie _____

Quantité prescrite ou durée de traitement _____

Médicament numéro 3 _____

Posologie _____

Quantité prescrite ou durée de traitement _____

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

Nom, prénom _____ Numéro permis _____

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL HABILITÉ VISÉ PAR CETTE ORDONNANCE

Nom, prénom _____ Numéro permis _____ Téléphone _____

Date _____ Signature _____
aaaa/mm/jj Infirmière

NOTE AU PHARMACIEN

Au besoin, ne pas hésiter à rejoindre l'infirmière appliquant l'ordonnance collective, notamment si une discussion clinique est nécessaire ou si la situation nécessite une orientation vers le professionnel prescripteur.

Ordonnance collective « GMF-OC-GEN-01 Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une personne présentant des pertes vaginales inhabituelles »