

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 ÉCOULEMENT URÉTRAL

Établissement _____
IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (OU DU PHARMACIEN)
Nom _____
Téléphone _____ Télécopieur _____
<small>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.</small>
MÉDICAMENTS ET POSOLOGIE
Médicament numéro 1 _____
Posologie _____
Quantité prescrite ou durée du traitement _____
Médicament numéro 2 _____
Posologie _____
Quantité prescrite ou durée du traitement _____
Médicament numéro 3 _____
Posologie _____
Quantité prescrite ou durée du 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 qui présente un écoulement urétral »