

Intégrer le logo de votre établissement ici

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

Ajustement d'un antidépresseur de première intention pour le suivi d'un trouble dépressif caractérisé (majeur)

N° 628008

Établissement :

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

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

NOM :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

### AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE

Médicament #1 :

Posologie ajustée :

Posologie actuelle :

Personne avisée du changement de posologie :  Oui  Non

Durée de traitement initiale :

Aucun changement de posologie

Médicament #2 :

Posologie ajustée :

Posologie actuelle :

Personne avisée du changement de posologie :  Oui  Non

Durée de traitement initiale :

Aucun 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 habilité visé par l'ordonnance)

Nom de la personne qui fait l'envoi :

Date et heure de l'envoi :