|  |  |
| --- | --- |
| Établissement :Cliquez ici pour entrer du texte. | **Identification du patient**  Nom :Cliquez ici pour entrer du texte.  Prénom :Cliquez ici pour entrer du texte.  Date de naissance :Cliquez ici pour entrer du texte.  Numéro d’assurance maladie :Cliquez ici pour entrer du texte. |

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

NOM :Cliquez ici pour entrer du texte.

TÉLÉPHONE :Cliquez ici pour entrer du texte. TÉLÉCOPIEUR :Cliquez ici pour entrer du texte.

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 à ajuster : Warfarine  Posologie actuelle :Cliquez ici pour entrer du texte.  Date de prescription initiale :Cliquez ici pour entrer du texte. |  | Posologie ajustée :Cliquez ici pour entrer du texte.  Personne avisée du changement de posologie : Oui Non  Aucun changement de posologie |

**Identification du professionnel HABILITÉ VISÉ PAR cette ORDONNANCE**

Nom, prénom :Cliquez ici pour entrer du texte.

Numéro de permis d’exercice :Cliquez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone :Cliquez ici pour entrer du texte.

Signature : Cliquez ici pour entrer du texte. Date :Cliquez ici pour entrer du texte.

**Identification du prescripteur autorisé**

Nom, prénom :Cliquez ici pour entrer du texte.

Numéro de permis d’exercice :Cliquez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone :Cliquez ici pour entrer du texte.

**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 :Cliquez ici pour entrer du texte.

Date et heure de l’envoi :Cliquez ici pour entrer du texte.