|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INESSSi2c | Établissement, CISSS, CIUSSS |  |
| CIUSSS de la Capitale-Nationale | |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FORMULAIRE DE LIAISON  DE L’INFIRMIER AU PHARMACIEN[[1]](#footnote-1) |  |  | |  |
|  | |  |
|  | | |
| Ajustement de la médication antihypertensive |  |  |  |
|  | |
|  | |  |
|  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICATION DU PHARMACIEN / PHARMACIE | | | |
| NOM : | | | |
| TÉLÉPHONE :        - | | 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 | | | |
| **CIBLE THÉRAPEUTIQUE VISÉE**:            mm Hg |  | |  |
| MPAC (oscillométrique) | MPAC-OS (oscillométrique en série) | | MPAD (à domicile) |
| DATE : | PA :            mm Hg | |  |
|  | | | |
| DATE DU PROCHAIN PRÉLÈVEMENT SANGUIN : | | DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS : | |
|  | | | |
| AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE | | | |
| MÉDICAMENT : | AUCUN CHANGEMENT DE POSOLOGIE | |  |
| POSOLOGIE INITIALE : |  | |  |
| POSOLOGIE AJUSTÉE : |  | |  |
|  | | | |
| PERSONNE AVISÉE DU CHANGEMENT DE POSOLOGIE : | OUI  NON | | |
|  | | | |
| NOTES DE L’INFIRMIER | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| MÉDECIN traitant | | | |
| NOM : | PRÉNOM : | | NUMÉRO DU PERMIS: |
| TÉLÉPHONE :        - | TÉLÉCOPIEUR :        - | | TÉLÉAVERTISSEUR :        - |
| ADRESSE ÉLECTRONIQUE : |  | |  |
|  | | | |
| IDENTIFICATION DE L’INFIRMIER | | | |
| NOM : | PRÉNOM : | | NUMÉRO DU PERMIS : |
| NOM DU GMF : | SITE : | |  |
| TÉLÉPHONE :        - | TÉLÉCOPIEUR :        - | |  |
| DATE (ANNÉE / MOIS / JOUR) : | SIGNATURE : | |  |
|  | | | |

Nº de référence de l’ordonnance collective : OC-10

1. Le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture. [↑](#footnote-ref-1)