|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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)