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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FORMULAIRE DE LIAISON À L’ATTENTION DU PHARMACIEN[[1]](#footnote-1) COMMUNAUTAIRE |  |  | |  |
|  | |  |
|  | | |
| **Ajustement des antihyperglycémiants ou de l’insuline et analyses de laboratoire pour le suivi du diabète de type 2** |  |  |  |
|  | |
|  | |  |
|  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**: | |  | | |  | | |
| HbA1c :       % | | GLYCÉMIE PRÉPRANDIALE :       mmol/L | | | | GLYCÉMIE 2 H POSTPRANDIALE :       mmol/L | | |
|  |  | | |  | | |  | |
| **RÉSULTATS (DATE)** : |  | | |  | | |  | |
| HbA1c :       % | | GLYCÉMIE PRÉPRANDIALE :       mmol/L | | | | GLYCÉMIE 2 H POSTPRANDIALE :       mmol/L | | |
|  | | | | | | | |
| DATE DU PROCHAIN PRÉLÈVEMENT SANGUIN : | | | DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS : | | | | |
|  | | | | | | | |
| AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE | | | | | | | |
| MÉDICAMENT : | | AUCUN CHANGEMENT DE POSOLOGIE | | |  | | |
| POSOLOGIE INITIALE : | |  | | |  | | |
| POSOLOGIE AJUSTÉE : | | RENOUVELLEMENT : | | |  | | |
|  | | | | | | | |
| PERSONNE AVISÉE DU CHANGEMENT DE POSOLOGIE : | | OUI  NON | | | | | |
|  | | | | | | | |
| NOTES | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| MÉDECIN traitant | | | | | | | |
| NOM : | | PRÉNOM : | | | NUMÉRO DU PERMIS **:** | | |
| TÉLÉPHONE :        - | | TÉLÉCOPIEUR :        - | | | TÉLÉAVERTISSEUR :        - | | |
| ADRESSE ÉLECTRONIQUE : | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | |
| IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL | | | | | | | |
| NOM : | | PRÉNOM : | | | NUMÉRO DU PERMIS : | | |
| NOM DU GMF : | | SITE : | | |  | | |
| TÉLÉPHONE :        - | | TÉLÉCOPIEUR :        - | | |  | | |
| DATE (ANNÉE / MOIS / JOUR) : | | SIGNATURE : | | |  | | |

Nº de référence de l’ordonnance collective : OC-08

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