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

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

NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

TÉLÉPHONE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. TÉLÉCOPIEUR : Cliquez ou appuyez 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 #1 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Posologie actuelle : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Durée de traitement initiale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Posologie ajustée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Personne avisée du changement de posologie : Oui Non  Aucun changement de posologie |
|  |  |  |
| Médicament #2 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Posologie actuelle : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Durée de traitement initiale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Posologie ajustée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Personne avisée du changement de posologie : Oui Non  Aucun changement de posologie |
|  |  |  |
| Médicament #3 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Posologie actuelle : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Durée de traitement initiale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Posologie ajustée: Cliquez ou appuyez 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 ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Numéro de téléphone :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

**Identification du prescripteur autorisé**

Nom, prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Numéro de téléphone : Cliquez ou appuyez 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 ou appuyez ici pour entrer du texte.

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