

## Formulaire de référence bidirectionnel Guichet d'accès à 1<sup>re</sup> ligne (GAP) et Pharmacie communautaire

**Consentement de l'utilisateur :**  L'utilisateur a donné son consentement pour le partage d'information entre le GAP et la pharmacie.

### Critères de références

- Usager non-inscrit auprès d'un médecin de famille  
 Usager résidant des Laurentides

### Coordonnées du GAP

Télécopieur : 1-888-570-0496  
Ligne professionnelle : 514-890-6623  
Courriel : [gap.ciesslerau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gap.ciesslerau@ssss.gouv.qc.ca)

### Usager

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

### Pharmacie communautaire

Nom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Télécopieur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

### DEMANDE DE LA PHARMACIE VERS LE GAP

*Veillez s'il vous plait joindre le profil pharmacologique à jour.*

- Signe ou symptôme suggérant la présence d'une maladie chronique ou systémique non diagnostiquée  
 Signe ou symptôme laissant croire à un déclin ou à l'altération du fonctionnement d'un organe ou d'un système  
 Signe ou symptôme récurrent ou persistant après le premier médicament prescrit  
 Réaction inhabituelle au médicament prescrit  
 Période maximale admissible de prolongation d'ordonnance atteinte  
 Ajout de molécule nécessaire  
 Autre

Precision : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Délai recommandé pour rendez-vous médical

- moins de 24 heures                       moins de 72 heures                       moins de 14 jours

Justification : \_\_\_\_\_

Pharmacien référent : \_\_\_\_\_

Licence : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### DEMANDE DU GAP VERS LA PHARMACIE

- Prolongation d'ordonnance  
 Ajustement et suivi par le pharmacien  
 Condition mineure éligible à la Loi 31  
 Évaluation des interactions médicamenteuses / effets secondaires  
 Enseignement sur la thérapie médicamenteuse  
 Vaccination  
 Autre

Precision : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Réponse de la pharmacie en cas d'impossibilité de traitement :

- Référence refusée (À envoyer au GAP dans un délai de 24 heures)

Justification : \_\_\_\_\_  
\*Au besoin, compléter la section ci-dessus « demande de la pharmacie vers le GAP »

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_

Licence : \_\_\_\_\_

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Licence : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_