



MR60139

Identification de l'utilisateur

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

D.D.N. : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

## Formulaire de liaison à l'intention des pharmacies communautaires

### À la suite de l'application d'une ordonnance collective

Pharmacie : \_\_\_\_\_ Tél./Télec. : \_\_\_\_\_

Titre de l'ordonnance collective : Ajustement de la médication antidiabétique et des analyses de laboratoire pour le suivi du diabète de type 2		
Numéro du document : OC-08-005		
Adopté en établissement par : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	Date : 2022-10	
Clientèle visée : Usager de 18 ans ou plus, qui suit un traitement antidiabétique à la suite d'un diagnostic de type 2 et adressé par un médecin pour un suivi conjoint avec un professionnel habilité.		
Application de la modification du traitement tel que prescrit par le médecin via l'OPI 08-002		
<b>Médicament # 1</b> : _____	Posologie ajustée : _____	
Posologie actuelle : _____	Personne avisée du changement de posologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Durée de traitement initiale : _____	<input type="checkbox"/> Aucun changement de posologie	
Justification clinique : _____		
<b>Médicament # 2</b> : _____	Posologie ajustée : _____	
Posologie actuelle : _____	Personne avisée du changement de posologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Durée de traitement initiale : _____	<input type="checkbox"/> Aucun changement de posologie	
<b>Justification clinique :</b>		
<b>Médicament # 3</b> : _____	Posologie ajustée : _____	
Posologie actuelle : _____	Personne avisée du changement de posologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Durée de traitement initiale : _____	<input type="checkbox"/> Aucun changement de posologie	
Justification clinique : _____		
<b>Médecin traitant :</b>		
Nom : _____	Prénom : _____	Numéro de permis : _____
Coordonnées : _____		
<b>Identification de l'infirmière :</b>		
Nom : _____	Prénom : _____	Numéro de permis : _____
Signature de l'infirmière : _____		Date : _____
Coordonnées : _____		