



MR60140

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 antihypertensive de première intention	
Numéro du document : OC-08-006 Protocole médical national de l'INESSS N° 628002	
Adopté en établissement par : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	Date : 2022-10
Clientèle visée : Personne de 18 ans ou plus atteinte d'hypertension artérielle et référée par un prescripteur autorisé pour un suivi conjoint avec un professionnel habilité	
Antihypertenseur # 1 : _____	
Ajustement de la posologie : _____	
Usager avisé du changement de posologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Durée du traitement : _____	
Données pertinentes/ Justification clinique	

Antihypertenseur # 2 : _____	
Ajustement de la posologie : _____	
Usager avisé du changement de posologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Durée du traitement : _____	
Données pertinentes /Justification clinique	

Antihypertenseur # 3 : _____	
Ajustement de la posologie : _____	
Usager avisé du changement de posologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Durée du traitement : _____	
Données pertinentes /Justification clinique	

Médecin prescripteur :	
Nom : _____ Prénom : _____ Numéro de permis : _____	
Coordonnées : _____	
Identification de l'infirmière habilitée visée par cette ordonnance :	
Nom : _____ Prénom : _____ Numéro de permis : _____	
Signature de l'infirmière : _____ Date : _____	
Coordonnées : _____	

Ce formulaire représente le formulaire original. La pharmacie identifiée est le seul destinataire.