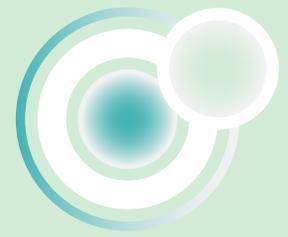


GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE

[GAP]



FORMULAIRE DE COMMUNICATION BI-DIRECTIONNEL GAP ET PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

CRITÈRES DE RÉFÉRENCES : PATIENTS ORPHELINS SANS MÉDECIN DE FAMILLE
PATIENTS AVEC RAMQ
PATIENT DU TERRITOIRE

NUMÉRO TÉLÉPHONE :
LIGNE PROFESSIONNELLE GAP - 514 807-5780
FAX GAP - 450-910-2106

PATIENT

DDN : _____ SEXE : _____
NOM, PRÉNOM : _____
ADRESSE : _____ TÉLÉPHONE : _____
N.A.M : _____

PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

NOM : _____
TÉLÉPHONE : _____
TÉLÉCOPIEUR : _____

DEMANDE DE LA PHARMACIE VERS LE GAP

- Réévaluation médicale requise par un professionnel**
(Période maximale admissible de prolongation atteinte,
Signaux d'alarme, Problèmes chroniques à diagnostiquer)
- Condition mineur non-éligible à la loi 31**
- Santé sexuelle** ITSS - Contraception
- Prévention clinique** (mammographie, fit-test ...)
- Suivi grossesse**
- Autre :** _____

AUTRES PRÉCISIONS :

DEMANDE DU GAP VERS LA PHARMACIE

- Prolongation des ordonnances**
- Ajustement et suivi par le pharmacien**
- Condition mineure** _____
- Vaccination** _____
- Autre** _____

PRÉCISIONS :

RÉPONSE DE LA PHARMACIE :

(À envoyer au GAP dans les plus brefs délais)

- Référence acceptée**
- Référence refusée :** _____

Nom du pharmacien : _____

Licence : _____

NOM DU DEMANDEUR : _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____