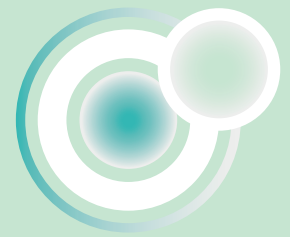


# GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE

# [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

ADRESSE COURRIEL : [gap.cissslav@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gap.cissslav@ssss.gouv.qc.ca)  
LIGNE PROFESSIONNELLE GAP : 514 890-1323  
FAX GAP : 450 975-5379

### 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 mineure 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 : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

\*NE PAS DIFFUSER À LA CLIENTÈLE

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Laval

Québec