

# INTERVENTION DU PHARMACIEN

## MÉDECIN

Nom

Prénom

Télécopieur

## PRESCRIPTION ACTUELLE

Médicament

Force

Posologie

REMPHIR OU APPOSER L'ÉTIQUETTE DE LA PRESCRIPTION

## PHARMACIE

Nom de la pharmacie

Télécopieur

Pharmacien/Pharmacienne

N° de permis

Date

## OBJET DE L'INTERVENTION

**Observation :**

**Médicament(s) visé(s) :**

## INTERVENTION RECOMMANDÉE

Advenant une modification de traitement, nous vous assurons que les bénéfices de ces changements seront bien compris et acceptés par le patient.

## SUIVI DEMANDÉ AU MÉDECIN

**Appliquer la recommandation du pharmacien**

**S'il y a lieu, ajouter le code d'exception RAMQ :**

Ren.

Ren.

Ren.

Signature du médecin

Date

N° de permis