

# INTERVENTION DU PHARMACIEN

## MÉDECIN

Nom

Prénom

Télécopieur

## PRESCRIPTION ACTUELLE

Médicament

Force

Posologie

REMPHIR OU APOSER 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

Produit	Nom commercial	Dose équivalente approximative hypertension (mg)	Dose usuelle (mg/jour)	Prises par jour
azilsartan	Éedarbi		40-80	1
candésartan	Atacand	16	8-32	1-2
éprosartan	Teveten	800	8-32	1-2
irbésartan	Avapro	300	150-300	1
losartan	Cozaar	100	25-100	1-2
olmésartan	Olmetec	20-40	20-40	1
telmisartan	Micardis	40-80	40-80	1
valsartan	Diovan	160	80-320	1-2

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