

Intégrer le logo de votre établissement ici

## FORMULAIRE DE LIAISON À L'ATTENTION DU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

Ajustement des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IAChE) et/ou de la mémantine chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs (TNC) majeurs

N° 628014

### IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (OU DU PHARMACIEN)

Établissement :

#### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

NOM :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

### AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE

Médicament #1 :

Posologie ajustée :

Posologie actuelle :

Personne avisée du changement de posologie :  Oui  Non

Durée de traitement initiale :

Aucun changement de posologie

Médicament #2 :

Posologie ajustée :

Posologie actuelle :

Personne avisée du changement de posologie :  Oui  Non

Durée de traitement initiale :

Aucun changement de posologie

### IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL HABILITÉ VISÉ PAR L'ORDONNANCE

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Numéro de téléphone :

Signature :

DATE :

### IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Numéro de téléphone :

### TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

(à compléter uniquement si la personne qui fait l'envoi est différente du professionnel habilité visé par l'ordonnance)

Nom de la personne qui fait l'envoi :

Date et heure de l'envoi :