FORMULAIRE DE SUIVI À L'ATTENTION DU MÉDECIN TRAITANT
EN APPLICATION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE
DE SUBSTITUTION THÉRAPEUTIQUE
DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)

Docteur

En exécution de l'ordonnance collective régionale de substitution thérapeutique des IPP pour votre patient(e) dont le numéro d'assurance maladie est .

Votre patient(e) recevait antérieurement du à raison de comprimé(s) par jour.

J'ai servi en substitution à ce produit du à raison de comprimé(s) par jour. Conformément à votre ordonnance antérieure, cette nouvelle ordonnance est valide jusqu'au 201X. J'ai avisé votre patient(e) de prendre rendez-vous avec vous avant la date de fin de validité de la nouvelle ordonnance.

Nom du pharmacien Numéro de permis Date

Signature du pharmacien

Coordonnées de la pharmacie :

Nom (raison sociale)

Adresse civique Ville Code postal

Numéro de téléphone Numéro de télécopieur