

**FORMULAIRE DE SUIVI À L'INTENTION DU MÉDECIN TRAITANT
ORDONNANCE COLLECTIVE DE SUBSTITUTION DE THÉRAPIE DE
REMPLACEMENT HORMONAL**

Docteur _____

En exécution de l'ordonnance collective régionale de substitution thérapeutique de
thérapie de remplacement hormonal (TRH) pour madame _____
dont le numéro d'assurance maladie est : _____

Madame _____ recevait antérieurement du _____ à raison
de 1 comprimé par jour _____ jours par mois.

J'ai servi en substitution à ce produit, du _____ à raison de _____ par
mois. Conformément à votre ordonnance antérieure, cette nouvelle ordonnance est valide
jusqu'au _____ 2010. J'ai avisé votre patiente 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