

Formulaire relatif à la fréquence de délivrance

Renseignements sur le patient

Nom : _____ ID du titulaire de la carte : _____ Date de naissance : _____

Évaluation du pharmacien

Afin d'être admissible à une délivrance plus fréquente de médicaments, un patient doit être incapable de gérer sa pharmacothérapie sans un soutien supplémentaire. Mon opinion professionnelle est que le patient ci-dessus est admissible en raison de ce qui suit :

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déficience physique <u>Description clinique :</u> | <input type="checkbox"/> Déficience cognitive <u>Description clinique :</u> | <input type="checkbox"/> Déficience sensorielle <u>Description clinique :</u> | <input type="checkbox"/> Pharmacothérapie complexe <u>Détails :</u> |
|---|--|--|--|

La délivrance de médicaments sera effectuée comme suit :

Tous les 7 jours Tous les 14 jours Tous les 28 jours Autre :

J'ai pris en compte les risques cliniques ou de sécurité associés à la délivrance de plus grandes quantités de médicaments au patient. Voici la justification de mon évaluation :

Nom du pharmacien :

N° de permis d'exercice :

Signature :

Date :

Renseignements sur la pharmacie

Nom de la pharmacie :

Adresse :

Téléphone :

Télécopieur :

Consentement du patient

Je consens à ce que mes médicaments soient délivrés en quantités réduites par rapport à ce qui a été initialement prescrit, conformément aux renseignements du présent formulaire (évaluation, justification et méthode de délivrance de médicaments).

Date :

Nom de la personne
qui représente le patient et
lien de cette personne
avec le patient (le cas échéant) :

Signature du patient :

Signature de la personne qui représente
le patient (le cas échéant) :

Autorisation du prescripteur (le cas échéant)

L'évaluation mentionnée ci-dessus reflète fidèlement les capacités du patient et elle justifie la délivrance plus fréquente des médicaments.

Nom du prescripteur :

Date (JJ/MM/AAAA) :

Signature du prescripteur :

- ***Veillez remplir toutes les sections du formulaire.***
- ***Le formulaire est valide pour 365 jours.***
- ***En cas de divergences entre les demandes de règlement soumises et les renseignements ci-dessus, les montants payés seront rajustés en conséquence.***