|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification de la personne concernée** | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom :** |  | | | | | **Prénom :** |  | | | | **No dossier SIPAD:** | |  |
| DDN : | | -    - | | No RAMQ : |  | | | | No régime protection: | | |  | |
| Adresse complète de l’usager : | | | |  | | | | | | Téléphone : | | - | |
| Nom du représentant : | | |  | | | | | No de téléphone du représentant : | | | | - | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées de nature médicale de la personne concernée** | | | | | | | | |
| Coordonnées de  la pharmacie : |  | | | No téléphone : | | | - | |
| No télécopieur: | | | - | |
| Allergies connues : |  | | | | | | | |
|  |  | | | Poids (facultatif) : | | |  | |
| Nom du professionnel consulté : | |  | | Spécialité : | |  | | |
| Coordonnées du professionnel : | | No civique /rue: |  | Ville : |  | | | |
| Téléphone : | - | Date de la consultation : | | | | **-  -** |
|  | | | | | | | | |
| **Médication actuelle ⏵Apporter la liste de tous les médicaments réguliers ou au besoin (comprimés liquides, crème, etc.) fournis par la pharmacie.** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Motifs de la consultation** (exemples : examen annuel, vaccination, rougeurs jambe depuis deux jours, température 39°malgré prise Tylenol) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rapport du professionnel de la santé** | | | | | | | | | |
| **Diagnostics / Traitements / Recommandations** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| L’usager doit-il être revu ? | | **Oui** | **Non** |  | Date du prochain rendez-vous : | |  |  |  |
| Année | Mois | Jour |
| **Signature du professionnel de la santé :** |  | | | | | **Date :** |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapport de consultation professionnel de la santé** | Nom et Prénom de l’usager : | No dossier sipad: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Note de l’accompagnateur** | | | | | |
| Nom de l’accompagnateur (lettre moulée) : | | Titre emploi : | |  | |
| **Renseignements complémentaires transmis verbalement par le professionnel de la santé consulté lors de la consultation**  (ex : effets attendus d’une médication, effets secondaires, etc.) | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **Signature de l’accompagnateur :** |  | | **Date :** | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Motif justifiant la note de l’accompagnateur** | | | | | |
| Refus du professionnel de la santé : | | **Oui** | **Non** |  | |
| Si des frais ont-ils été demandés ? : | | **Oui** | **Non** | Si oui, combien ? : |  |
| Informations complémentaires : |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

* **Imprimer ce formulaire recto-verso (le professionnel consulté et l’accompagnateur doivent compléter le même document).**
* **Joindre une photocopie de la prescription médicale au formulaire.**
* **Remettre l’original du formulaire et la photocopie de la prescription à l’intervenant pivot après le rendez-vous médical.**
* **La photocopie de ce formulaire doit être conservée au carnet de santé pour la durée des suivis requis.**
* **L’original doit être classé au dossier de l’usager.**
* **L’intervenant pivot rédige une note d’évolution au SIPAD qui résume le contenu de la consultation médicale.**