|  |
| --- |
| **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.**