

**FORMULAIRE DE TRANSFERT D'INFORMATIONS**  
**POUR LA PRÉPARATION DE PRODUITS STÉRILES NON DANGEREUX**

**Section 1. Informations sur le patient**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone (1) : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Téléphone (2) : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Langue : FR EN Autre : \_\_\_\_\_ Assurance : RAMQ Privée

Allergies / intolérance : Aucune \_\_\_\_\_

**Section 2. Informations sur le traitement**

Diagnostique (si connu) : \_\_\_\_\_

Médicament (et posologie) : \_\_\_\_\_

Mode d'administration : Au choix du patient \_\_\_\_\_

Irrigation : 10 mL de NS pour irrigation du cathéter avant et après chaque dose  
\_\_\_\_\_ mL d'héparine 100UI/mL après chaque dose (en dernier)

Autres médicaments à servir (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Date et heure de la **première** dose à servir : 20 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Date et heure de la **dernière** dose à servir : 20 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

**Section 3. Identifications sur le référent**

Référent : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

**Consentement du patient :** *en nous transmettant ce document vous affirmez que le patient a donné son consentement à la transmission d'informations entre le prescripteur, le référent et la pharmacie Michel Quesnel et Sylvain Therrien, Pharmaciens inc.*

Veuillez télécopier ce formulaire au **819 568-7678** avec une copie de la prescription