



LN2592

- CHDL  
 HPLG  
 CLSC-Nord  
 CLSC-Sud
- HEB-Nord  
 HEB-Sud  
 CR

Site : \_\_\_\_\_

Prog./Service./Unité : \_\_\_\_\_

Date de naissance \*

Année

Mois

Jour

N° de dossier \*

Nom à la naissance \*

Prénom \*

N° d'assurance maladie

Adresse

Ville

Code postal

N° de téléphone

Nom de la mère

Nom du père

\*Les éléments marqués d'une étoile (\*) sont obligatoires

## LIAISON MÉDICAMENT PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Allergie(s) : \_\_\_\_\_

### INDICATIONS D'UTILISATION DE LA PRÉSENTE ORDONNANCE

Ordonnance collective (OC), numéro de l'OC : \_\_\_\_\_

Titre de l'ordonnance collective : \_\_\_\_\_

<https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/professionnels-de-la-sante/ressources-pour-les-professionnels/>

### PRÉCAUTION(S)

- Grossesse  
 Allaitement  
 Autre

### MÉDICAMENT

Nom du médicament	Posologie	Fréquence	Durée de traitement

### TRANSMISSION DU FORMULAIRE

La pharmacie identifiée est le seul destinataire. **Je certifie que cette ordonnance est originale et ne sera pas réutilisée.**

Transmis par télécopieur à la pharmacie communautaire de l'utilisateur :

Coordonnées de la pharmacie communautaire :

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

Fax : ( ) \_\_\_\_\_

Médecin/IPS prescripteur : \_\_\_\_\_ (# )

Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

Fax : ( ) \_\_\_\_\_

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

### PROFESSIONNEL HABILITÉ

Nom : \_\_\_\_\_ (# )

Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

Fax : ( ) \_\_\_\_\_

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

Signature : \_\_\_\_\_ Date/heure : \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh :mm