

COLLECTE DE DONNÉES (Changement dans un pilulier)

Date : _____ Heure : _____ ATP : _____

Nom du patient : _____ D. N. : _____

de tél : _____ Foyer : _____

 Personne responsable : _____

de tél : _____

À l'accueil (ou lors de réception de fax), demander au patient :**- Changement à partir de quand ?** Aujourd'hui Prochain pilulier
 Demain Ne sait pasDose du : Matin Midi Souper Coucher Autre : _____**- Avez-vous apporté votre pilulier en cours ?** Oui À partir du : _____
 Non Patient avisé Livreur avisé**- Voulez-vous être servi en exclus jusqu'au prochain pilulier ?** Oui Non**- Est-ce que le patient ou la personne responsable :** Attend sur place Passera Livraison**Validation par le pharmacien (pendant que le patient attend)****Changement à partir de :** Pharmacien : _____ Aujourd'hui Demain Prochain pilulierDose du : Matin Midi Souper Coucher Autre : _____**COLLECTE DE DONNÉES (Changement dans un pilulier)**

Date : _____ Heure : _____ ATP : _____

Nom du patient : _____ D. N. : _____

de tél : _____ Foyer : _____

 Personne responsable : _____

de tél : _____

À l'accueil (ou lors de réception de fax), demander au patient :**- Changement à partir de quand ?** Aujourd'hui Prochain pilulier
 Demain Ne sait pasDose du : Matin Midi Souper Coucher Autre : _____**- Avez-vous apporté votre pilulier en cours ?** Oui À partir du : _____
 Non Patient avisé Livreur avisé**- Voulez-vous être servi en exclus jusqu'au prochain pilulier ?** Oui Non**- Est-ce que le patient ou la personne responsable :** Attend sur place Passera Livraison**Validation par le pharmacien (pendant que le patient attend)****Changement à partir de :** Pharmacien : _____ Aujourd'hui Demain Prochain pilulierDose du : Matin Midi Souper Coucher Autre : _____**COLLECTE DE DONNÉES (Changement dans un pilulier)**

Date : _____ Heure : _____ ATP : _____

Nom du patient : _____ D. N. : _____

de tél : _____ Foyer : _____

 Personne responsable : _____

de tél : _____

À l'accueil (ou lors de réception de fax), demander au patient :**- Changement à partir de quand ?** Aujourd'hui Prochain pilulier
 Demain Ne sait pasDose du : Matin Midi Souper Coucher Autre : _____**- Avez-vous apporté votre pilulier en cours ?** Oui À partir du : _____
 Non Patient avisé Livreur avisé**- Voulez-vous être servi en exclus jusqu'au prochain pilulier ?** Oui Non**- Est-ce que le patient ou la personne responsable :** Attend sur place Passera Livraison**Validation par le pharmacien (pendant que le patient attend)****Changement à partir de :** Pharmacien : _____ Aujourd'hui Demain Prochain pilulierDose du : Matin Midi Souper Coucher Autre : _____**COLLECTE DE DONNÉES (Changement dans un pilulier)**

Date : _____ Heure : _____ ATP : _____

Nom du patient : _____ D. N. : _____

de tél : _____ Foyer : _____

 Personne responsable : _____

de tél : _____

À l'accueil (ou lors de réception de fax), demander au patient :**- Changement à partir de quand ?** Aujourd'hui Prochain pilulier
 Demain Ne sait pasDose du : Matin Midi Souper Coucher Autre : _____**- Avez-vous apporté votre pilulier en cours ?** Oui À partir du : _____
 Non Patient avisé Livreur avisé**- Voulez-vous être servi en exclus jusqu'au prochain pilulier ?** Oui Non**- Est-ce que le patient ou la personne responsable :** Attend sur place Passera Livraison**Validation par le pharmacien (pendant que le patient attend)****Changement à partir de :** Pharmacien : _____ Aujourd'hui Demain Prochain pilulierDose du : Matin Midi Souper Coucher Autre : _____