

**COLLECTE DE DONNÉES (Nouveau patient en pilulier)**

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ ATP : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ D. N. : \_\_\_\_\_

# de tél : \_\_\_\_\_ Foyer : \_\_\_\_\_ Journée début : \_\_\_\_\_

 Personne responsable : \_\_\_\_\_

# de tél : \_\_\_\_\_

**À l'accueil (ou lors de la réception du fax), demander au patient :****- Êtes-vous déjà client ici ?** Oui Non Autorisation de transfert :  Oui  Non

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_ # de tél : \_\_\_\_\_

**- Avez-vous apporté tous vos médicaments chroniques ?** Oui Non  Patient avisé  Livreur avisé**- Méthode récurrente de réception des piluliers ?** Passe  Livraison Journée : \_\_\_\_\_**- Paiement** Comptant  Compte-client #Carte de crédit : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_**- Est-ce que le patient ou la personne responsable :** Attend sur place  Passera : Quand ? : \_\_\_\_\_  Livraison**Validation par le pharmacien (lorsque le patient est à la pharmacie)****- À mettre en pilulier à partir de quand ?** PH : \_\_\_\_\_ Aujourd'hui  Demain  Prochain pilulierDose du :  Matin  Midi  Souper  Coucher  Autre : \_\_\_\_\_

VERSO ➔

**COLLECTE DE DONNÉES (Nouveau patient en pilulier)**

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ ATP : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ D. N. : \_\_\_\_\_

# de tél : \_\_\_\_\_ Foyer : \_\_\_\_\_ Journée début : \_\_\_\_\_

 Personne responsable : \_\_\_\_\_

# de tél : \_\_\_\_\_

**À l'accueil (ou lors de la réception du fax), demander au patient :****- Êtes-vous déjà client ici ?** Oui Non Autorisation de transfert :  Oui  Non

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_ # de tél : \_\_\_\_\_

**- Avez-vous apporté tous vos médicaments chroniques ?** Oui Non  Patient avisé  Livreur avisé**- Méthode récurrente de réception des piluliers ?** Passe  Livraison Journée : \_\_\_\_\_**- Paiement** Comptant  Compte-client #Carte de crédit : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_**- Est-ce que le patient ou la personne responsable :** Attend sur place  Passera : Quand ? : \_\_\_\_\_  Livraison**Validation par le pharmacien (lorsque le patient est à la pharmacie)****- À mettre en pilulier à partir de quand ?** PH : \_\_\_\_\_ Aujourd'hui  Demain  Prochain pilulierDose du :  Matin  Midi  Souper  Coucher  Autre : \_\_\_\_\_

VERSO ➔

**COLLECTE DE DONNÉES (Nouveau patient en pilulier)**

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ ATP : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ D. N. : \_\_\_\_\_

# de tél : \_\_\_\_\_ Foyer : \_\_\_\_\_ Journée début : \_\_\_\_\_

 Personne responsable : \_\_\_\_\_

# de tél : \_\_\_\_\_

**À l'accueil (ou lors de la réception du fax), demander au patient :****- Êtes-vous déjà client ici ?** Oui Non Autorisation de transfert :  Oui  Non

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_ # de tél : \_\_\_\_\_

**- Avez-vous apporté tous vos médicaments chroniques ?** Oui Non  Patient avisé  Livreur avisé**- Méthode récurrente de réception des piluliers ?** Passe  Livraison Journée : \_\_\_\_\_**- Paiement** Comptant  Compte-client #Carte de crédit : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_**- Est-ce que le patient ou la personne responsable :** Attend sur place  Passera : Quand ? : \_\_\_\_\_  Livraison**Validation par le pharmacien (lorsque le patient est à la pharmacie)****- À mettre en pilulier à partir de quand ?** PH : \_\_\_\_\_ Aujourd'hui  Demain  Prochain pilulierDose du :  Matin  Midi  Souper  Coucher  Autre : \_\_\_\_\_

VERSO ➔

**COLLECTE DE DONNÉES (Nouveau patient en pilulier)**

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ ATP : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ D. N. : \_\_\_\_\_

# de tél : \_\_\_\_\_ Foyer : \_\_\_\_\_ Journée début : \_\_\_\_\_

 Personne responsable : \_\_\_\_\_

# de tél : \_\_\_\_\_

**À l'accueil (ou lors de la réception du fax), demander au patient :****- Êtes-vous déjà client ici ?** Oui Non Autorisation de transfert :  Oui  Non

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_ # de tél : \_\_\_\_\_

**- Avez-vous apporté tous vos médicaments chroniques ?** Oui Non  Patient avisé  Livreur avisé**- Méthode récurrente de réception des piluliers ?** Passe  Livraison Journée : \_\_\_\_\_**- Paiement** Comptant  Compte-client #Carte de crédit : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_**- Est-ce que le patient ou la personne responsable :** Attend sur place  Passera : Quand ? : \_\_\_\_\_  Livraison**Validation par le pharmacien (lorsque le patient est à la pharmacie)****- À mettre en pilulier à partir de quand ?** PH : \_\_\_\_\_ Aujourd'hui  Demain  Prochain pilulierDose du :  Matin  Midi  Souper  Coucher  Autre : \_\_\_\_\_

VERSO ➔



