

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 la réception du fax),
demandez au patient:**

1. Changement à partir de quand?

- Aujourd'hui Prochain pilulier
 Demain Ne sait pas

Dose du: Matin Midi Souper Coucher

2. Avez-vous apporté votre pilulier en cours?

- Oui À partir du: _____ Non
 Patient avisé Livreur avisé

3. Voulez-vous être servi en exclus jusqu'au prochain pilulier?

- Oui Non

4. Est-ce que le patient / la personne responsable:

- Attend sur place Passera Livraison

Validation par le pharmacien:

Changement à partir de: _____ Pharmacien: _____

- Aujourd'hui Prochain pilulier Demain

Dose du: Matin Midi Souper Coucher

Tous droits réservés AlliancePharma

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 la réception du fax),
demandez au patient:**

1. Changement à partir de quand?

- Aujourd'hui Prochain pilulier
 Demain Ne sait pas

Dose du: Matin Midi Souper Coucher

2. Avez-vous apporté votre pilulier en cours?

- Oui À partir du: _____ Non
 Patient avisé Livreur avisé

3. Voulez-vous être servi en exclus jusqu'au prochain pilulier?

- Oui Non

4. Est-ce que le patient / la personne responsable:

- Attend sur place Passera Livraison

Validation par le pharmacien:

Changement à partir de: _____ Pharmacien: _____

- Aujourd'hui Prochain pilulier Demain

Dose du: Matin Midi Souper Coucher

Tous droits réservés AlliancePharma

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 la réception du fax),
demandez au patient:**

1. Changement à partir de quand?

- Aujourd'hui Prochain pilulier
 Demain Ne sait pas

Dose du: Matin Midi Souper Coucher

2. Avez-vous apporté votre pilulier en cours?

- Oui À partir du: _____ Non
 Patient avisé Livreur avisé

3. Voulez-vous être servi en exclus jusqu'au prochain pilulier?

- Oui Non

4. Est-ce que le patient / la personne responsable:

- Attend sur place Passera Livraison

Validation par le pharmacien:

Changement à partir de: _____ Pharmacien: _____

- Aujourd'hui Prochain pilulier Demain

Dose du: Matin Midi Souper Coucher

Tous droits réservés AlliancePharma

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 la réception du fax),
demandez au patient:**

1. Changement à partir de quand?

- Aujourd'hui Prochain pilulier
 Demain Ne sait pas

Dose du: Matin Midi Souper Coucher

2. Avez-vous apporté votre pilulier en cours?

- Oui À partir du: _____ Non
 Patient avisé Livreur avisé

3. Voulez-vous être servi en exclus jusqu'au prochain pilulier?

- Oui Non

4. Est-ce que le patient / la personne responsable:

- Attend sur place Passera Livraison

Validation par le pharmacien:

Changement à partir de: _____ Pharmacien: _____

- Aujourd'hui Prochain pilulier Demain

Dose du: Matin Midi Souper Coucher

Tous droits réservés AlliancePharma