

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 :

- 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 (en pharmacie)

- À mettre en pilulier à partir de quand ? PH : _____

Aujourd'hui Demain Prochain pilulier
Dose du : Matin Midi Souper Couché Autre : _____

VERSO PAGE SUIVANTE

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 :

- 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 (en pharmacie)

- À mettre en pilulier à partir de quand ? PH : _____

Aujourd'hui Demain Prochain pilulier
Dose du : Matin Midi Souper Couché Autre : _____

VERSO PAGE SUIVANTE

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 :

- 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 (en pharmacie)

- À mettre en pilulier à partir de quand ? PH : _____

Aujourd'hui Demain Prochain pilulier
Dose du : Matin Midi Souper Couché Autre : _____

VERSO PAGE SUIVANTE

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 :

- 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 (en pharmacie)

- À mettre en pilulier à partir de quand ? PH : _____

Aujourd'hui Demain Prochain pilulier
Dose du : Matin Midi Souper Couché Autre : _____

VERSO PAGE SUIVANTE

Facturation du patient :

- Assurances ? À jour au dossier

- Privées
- RAMQ

Critères pour facturation à la RAMQ Pharmacien : _____

- Incapacité de la personne assurée à gérer la prise de sa médication :
 - Problèmes cognitifs
 - Handicaps physiques ou sensoriels
 - Complexité du régime posologique
 - Niveau de danger en regard de la situation clinique

Le patient ou la personne aidante peut utiliser le pilulier par lui-même sans assistance.

OU

Le patient doit recevoir ses médicaments sous forme d'un pilulier en vertu d'une loi ou d'un règlement.

Justification pilulier faite : Oui Non

Facturation en code : P G Autre : _____

Notes :



Facturation du patient :

- Assurances ? À jour au dossier

- Privées
- RAMQ

Critères pour facturation à la RAMQ Pharmacien : _____

- Incapacité de la personne assurée à gérer la prise de sa médication :
 - Problèmes cognitifs
 - Handicaps physiques ou sensoriels
 - Complexité du régime posologique
 - Niveau de danger en regard de la situation clinique

Le patient ou la personne aidante peut utiliser le pilulier par lui-même sans assistance.

OU

Le patient doit recevoir ses médicaments sous forme d'un pilulier en vertu d'une loi ou d'un règlement.

Justification pilulier faite : Oui Non

Facturation en code : P G Autre : _____

Notes :



Facturation du patient :

- Assurances ? À jour au dossier

- Privées
- RAMQ

Critères pour facturation à la RAMQ Pharmacien : _____

- Incapacité de la personne assurée à gérer la prise de sa médication :
 - Problèmes cognitifs
 - Handicaps physiques ou sensoriels
 - Complexité du régime posologique
 - Niveau de danger en regard de la situation clinique

Le patient ou la personne aidante peut utiliser le pilulier par lui-même sans assistance.

OU

Le patient doit recevoir ses médicaments sous forme d'un pilulier en vertu d'une loi ou d'un règlement.

Justification pilulier faite : Oui Non

Facturation en code : P G Autre : _____

Notes :



Facturation du patient :

- Assurances ? À jour au dossier

- Privées
- RAMQ

Critères pour facturation à la RAMQ Pharmacien : _____

- Incapacité de la personne assurée à gérer la prise de sa médication :
 - Problèmes cognitifs
 - Handicaps physiques ou sensoriels
 - Complexité du régime posologique
 - Niveau de danger en regard de la situation clinique

Le patient ou la personne aidante peut utiliser le pilulier par lui-même sans assistance.

OU

Le patient doit recevoir ses médicaments sous forme d'un pilulier en vertu d'une loi ou d'un règlement.

Justification pilulier faite : Oui Non

Facturation en code : P G Autre : _____

Notes :

