

Formulaire de référencement | communautaire

Nom du patient _____

Date de naissance

JJ MM AAAA

T _____

C _____

Personne contact (si autre que le patient) _____

T _____

C _____

Nom du médicament _____

Les différents choix furent expliqués et compris par le patient.
De ces choix, le patient a opté pour Larivière et Massicotte pharmaciennes Inc.

Copie de la prescription

Assurances

Transfert de la prescription

Compagnie _____

Profil pharmacologique complet

Groupe _____

Autres documents (si applicable)

Certificat _____

RAMQ _____

Notes | Commentaires

Nom du pharmacien _____

Permis # _____

Téléphone (pharmacie) _____

Fax _____

Signature _____

Date _____

Un pharmacien vous rappellera dans les prochaines 24 heures ouvrables pour planifier la prise en charge du patient pour son traitement spécialisé.