



Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

AAAA/MM/JJ

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (BCM) POUR PERMETTRE LE
TRANSFERT D'INFORMATIONS ENTRE LE MILIEU DE SOINS DE
PRATIQUE PUBLIQUE ET DE PRATIQUE PRIVÉE**

Date: _____ Heure: _____

Demande de transmission d'un profil pharmacologique faite par Télécopieur Téléphone

À: _____
(nom de la pharmacie de l'utilisateur/résident) (numéro de téléphone) (numéro de télécopieur)

(nom de l'utilisateur) (no d'assurance maladie)

AU PHARMACIEN DU SECTEUR PRIVÉ

Informations requises

- Profil pharmacologique à jour;
- Historique de la médication des 3 derniers mois, y compris les médicaments en attente;
- Antibiotiques, corticostéroïdes (avec posologie complète) des 3 derniers mois;
- Adhésion au traitement médicamenteux (observances);
- Toute autre information jugée pertinente (description d'allergies, d'intolérances, etc.)

Veillez traiter cette demande dans le plus brefs délais

Le profil pharmacologique doit être acheminé par télécopieur au numéro suivant: _____

Programme/service: _____ Tél.: _____

(nom et fonction du demandeur) (no de permis si le médecin est inscrit à la RAMQ)

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

CONSENTEMENT DE L'USAGER

J'autorise la pharmacie mentionnée ci-dessus à faire parvenir à l'établissement de santé le contenu de mon profil pharmacologique ainsi que toute autre information jugée pertinente qui permet à l'équipe traitante de l'établissement d'assurer de façon optimale le suivi de mon état de santé. De plus, j'autorise les professionnels de l'établissement de santé à transmettre toute information jugée pertinente à la pharmacie du secteur privé de mon choix, et ce, en vue d'assurer un suivi sécuritaire de mon état de santé.

Signature de l'utilisateur/résident ou de la personne dûment autorisée
(cette autorisation n'est valide que pour l'épisode de soins actuel)

Date: _____
aaaa/mm/jj

SECTION À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT

État de réception du profil pharmacologique: Reçu Pas au dossier: relance faite par téléphone

Signature du professionnel de l'établissement

Date: aaaa/mm/jj Heure: hh:mm

CONFIDENTIALITÉ-

Le présent bordereau de transmission et les documents qui peuvent l'accompagner contiennent des informations de nature privilégiée et confidentielle dont la divulgation est légalement interdite. Ce document contient des informations qui ne peuvent être communiquées qu'à leur destinataire. Si vous n'êtes pas le destinataire visé, vous êtes par la présente avisé qu'il est strictement interdit de diffuser ou de reproduire ces documents ou leur contenu. Si vous avez reçu ce message par mégarde, veuillez nous en aviser immédiatement au numéro 514 _____ et nous le retourner par la poste, à nos frais.