



SM02623

FICHE DE COMMUNICATION GAP ET PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

Site : _____

Fiche de communication Guichet d'accès première ligne (GAP) et pharmacie communautaire
(Usager non inscrit auprès d'un médecin de famille, usager avec RAMQ, usager du territoire (code postal ciblé))

PHARMACIE COMMUNAUTAIRE: _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Pharmacien : _____

Licence : _____

Référence de la pharmacie vers le GAP

L'usager a donné son consentement pour le partage d'informations avec le GAP

L'usager n'a pas réussi à obtenir un rendez-vous médical par lui-même

Raison(s) de consultation

- Période maximale admissible de prolongation atteinte
 Réévaluation médicale requise par un professionnel
 Date et endroit de la dernière visite médicale (si connu): _____

Consultation médicale ponctuelle

Condition mineure non éligible à la loi 31 (s.v.p. spécifier)

Autre: _____

Réévaluation médicale requise

- Traitement n'est plus jugé optimal (ex.: ajout de molécule requis)
 Signaux d'alarme (signes, symptômes ou labos anormaux): _____
 Autres : _____

Autres informations pertinentes à partager:

Ajustement de la médication déjà réalisé par le pharmacien et pourra être poursuivi après l'évaluation médicale

Usager a été référé aux programmes de maladies chroniques? Oui Non

PRIORITÉ POUR RENDEZ-VOUS

A1 ≤ 36 heures A2 ≤ 72 heures B ≤ 10 jours C ≤ 28 jours D ≤ 3 mois

Commentaires : _____

Nom et prénom du pharmacien

Licence

Signature du pharmacien

AAAA/MM/JJ

HH:MM

Nom :

Prénom :

Dossier :

RÉFÉRENCE DU GAP VERS LA PHARMACIE

Raison(s) de consultation

<input type="checkbox"/> Prolongation des ordonnances	<input type="checkbox"/> Vaccination :
<input type="checkbox"/> Ajustement et suivi par le pharmacien	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Condition mineure : _____	

DÉLAI ATTENDU POUR RECEVOIR LE SERVICE

≤ 8heures ≤ 36 heures ≤ 72 heures ≤ 10 jours Autre : _____

Pharmacien doit contacter le patient dans **un délai de 4 heures ouvrables**

RÉPONSE DE LA PHARMACIE (À envoyer au GAP dans les plus brefs délais)

Référence acceptée

Référence refusée, justification : _____

Commentaires : _____

Nom et prénom de l'intervenant

N° permis/titre d'emploi

Signature de l'intervenant

AAAA/MM/JJ

HH:MM

COORDONNÉES DU GAP POUR PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
 (Ne pas diffuser aux usagers)

OUEST

H4Y - H9C-H9E-H9A-H9B-H8Y-H8X-H9H-H9G
H9P-H9RH9K-H9X-H9W-H9J-H9S-
H8T-H8S-H8R-H8N-H8P

Courriel : gamf.gap.odi.comtl@ssss.gouv.qc.ca
Fax : 514-630-7212
Téléphone : 514-626-2572 ext. 5235

NORD

H2B- H2C- H2M- H2N- H3L-H1G- H1H
H3L- H3M- H4J- H4K- H4N-H4L- H4M- H4N
H4R- H4S- H4T- H4W- H4Y-H9P-H2G- H2S
H2E- H2P- H2R

Courriel : gap.cnmlt@ssss.gouv.qc.ca
Téléphone : 514 338- 8771
Fax : 514 495-6802

EST

H1M- H1N-H1T- H1X- H1Y-H1V- H1W-H1Z
H2A-H1M- H1P- H1R- H1S- H1T-H1C- H1E
H1G-H1B- H1E- H1J- H1K- H1L- H1M
H1A- H2B- H1C- H1E- H1K- H1L

Courriel : gap.professionnel.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

CENTRE-OUEST

H3N-H3R-H4P-H2V-H3S-H3T-H3W
H3V-H3H-H3A-H3G-H3Z-H3P-H3Y
H4W-H3X-H4V-H4X-H4B-H4A-H4T

Courriel : crv.gamf.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca
Fax : 514-934-4973

CENTRE-SUD

H3E- H4E- H4G- H4H- H3C- H3J- H3K- H4C- H4Z-
H5A-H2K- H2L- H2X- H2Y- H2Z- H3B- H5B
H2T- H2V- H2W- H2X-H2H- H2J- H2K- H2L

Courriel : service.gap.professionnel.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
Téléphone : 514-527-2318
Fax : 514-362-2416

