

Prise en charge Post-hospitalisation

Date : _____

Complété par : _____, ATP et _____, PH

Identification du patient

Prénom et Nom du patient : _____ Poids : _____ Taille : _____

Date naissance : _____ Allergies : _____ Clcr : _____

Hospitalisation

Durée : _____ Facturable si + de 24 heures (Règle 40 RAMQ)

Motifs de l'hospitalisation : _____

Personne ressource à l'hôpital : _____

Modifications à la pharmacothérapie :

Médicaments	Cessé (cocher)	Ajouté (cocher)	Modifié (préciser)	Exclus* (cocher) (facturation)

* Exclusions RAMQ : Calcium, Vitamine D, Vitamine B12 per os, Acétaminophène, ASA, Anovulants, IPP, Laxatifs – Purgatifs

Interventions du pharmacien : N.B. Les refus et les opinions sont facturables à la RAMQ

Suivis à planifier :

