



Formulaire d'ordonnance de Litfulo d'AccessLink

Renseignements sur le patient

Nom : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____

Adresse : _____ Allergies : _____

Tél. (domicile) : _____ Cell. : _____ Courriel : _____

Contact initial fait par : téléphone courriel Meilleur moment de joindre le patient : matin après-midi soir

Le patient a consenti à ce qu'AccessLink reçoive et utilise l'information obtenue sur ce formulaire afin qu'il puisse communiquer avec le patient.

Consentement verbal reçu par : _____ Date du consentement : _____

Ordonnance

Litfulo 50 mg par voie orale 1 fois par jour Autres directives : _____

Quantité : _____ Renouvellements : _____

Autorisation médicale

Test de dépistage de la tuberculose

Terminé Date : _____

Résultat : _____

Requis Non requis

Services d'AccessLink

AccessLink doit coordonner l'autorisation médicale pour le dépistage de la tuberculose

AccessLink doit coordonner l'autorisation médicale pour la vaccination de Shingrix

Autorisation médicale :

Le patient a obtenu l'autorisation médicale pour amorcer le traitement par Litfulo.

OU

Le patient peut commencer le traitement par Litfulo après un résultat négatif pour la tuberculose

Le patient peut commencer le traitement par Litfulo ___ semaines après la ___ dose de Shingrix

Autres commentaires ou directives :

Renseignements sur le prescripteur et autorisation

Contact à la clinique : _____ Adresse : _____

Tél. : _____ Téléc. : _____ Courriel : _____

Pharmacie dispensatrice : _____

Nom du prescripteur : _____ N° de permis : _____

Signature du prescripteur : _____ Date : _____

Certification du prescripteur.

Cette ordonnance représente l'original de l'ordonnance médicale.

L'adresse de la pharmacie indiquée ci-dessus est le seul destinataire prévu, et il n'y en a pas d'autres.

L'ordonnance originale a été annulée et entreposée en toute sécurité, et elle ne sera pas transmise ailleurs à un autre moment.