

Service de prise en charge après hospitalisation

Informations pertinentes

Prénom et Nom : _____ Date naissance : _____

Durée hospitalisation : _____ (> 24 heures) Motifs : _____

Modifications à la pharmacothérapie :

Médicaments (Exclus : Calcium, Vitamine D, Vitamine B12 PO, Acétaminophène, Anovulants, IPP, Laxatifs, ASA)	Idem	Cessé	Ajouté	Modifié

Code PH, Code N, Pharmacien prescripteur - Non soumis à la contribution via NAM

- Tarification 25,39 \$. « Au moins 3 médicaments », avec 3 codes d'intervention (identiques ou non) : AC : ajustement; AD : ajout; AE : cessation.

Interventions du pharmacien :

Suivis à planifier :

Date : _____

Complété par : _____