

Pharmacie M. Dufresne et A
Gagnon-Roy
Rivière-au-Renard
T:418-269-3351 F:418-269-5562

Pharmacie M. Gagnon et
V.Fournier
Carrefour Gaspé
T:418-368-3341 F:418-368-3766

Pharmacie M. Gagnon et
V.Fournier
Place Jacques Cartier Gaspé
T:418-368-5595 F:418-368-2055

DEMANDE DE TRANSFERT PAR TÉLÉCOPIE

Pharmacie détentrice : _____

Tel : _____ - _____ - _____ Fax : _____ - _____ - _____

Patient (e) : Nom : _____ Prénom : _____

DDN : ____/____/____ Inclure les informations d'assurance

Consentement au transfert obtenu de la part du patient (e)

Dossier partiel :

Médicaments demandés

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Nbr de transfert _____ fois ou _____ mois

Dossier complet

À préciser : Si patient (e) en pilulier : svp joindre le dossier maitre et précisez la date du prochain pilulier
Si des ordonnances pour les médicaments utilisés sont échues, merci d'inclure les références
Autres précisions : _____

Merci de votre collaboration!

Pharmacien (ne) en service

<input type="checkbox"/> Martin Gagnon	492129	<input type="checkbox"/> Monica Dufresne	421815	<input type="checkbox"/> Sonia Arsenault	493126
<input type="checkbox"/> Vicky Fournier	421238	<input type="checkbox"/> Antoine Gagnon-Roy	425641	<input type="checkbox"/> Mélissa Dunn	424880
<input type="checkbox"/> Maryse Coulombe	404316	<input type="checkbox"/> Chantale Gaudet	491258	<input type="checkbox"/> Marie-Eve Bernard-Fortin	440599

Signature pharmacien (ne) : _____ **Date :** ____/____/____