

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSFERT (À télécopier)

**Identification de la pharmacie
requérante**

Date : _____

Patient : _____ DDN : _____

Pharmacie à contacter

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Consentement au transfert obtenu de la part du patient. Initiales de l'ATP : _____

À transférer :

- Dossier complet pour une fois : _____ jours. Dossier complet définitivement
 Seulement les médicaments suivants pour : _____ jours . définitivement

Information complémentaire :

Information des assurances

SVP joindre le dossier maître. Date début du prochain pilulier : _____

Particularité pour assurer la continuité des soins :

Assistant-technique : _____ Pharmacien en service : _____

Signature du pharmacien : _____ # Licence : _____