GÉNÉRALITÉS

Nom :	**Prénom :** **Sexe :**
Date de naissance (ou nº RAMQ) :	
Adresse :	
Numéros de téléphone :	(1) Maison : □ 1er choix □ 2e choix (2) Cellulaire : □ 1er choix □ 2e choix
Assurance médicament :	□ RAMQ □ Privée *(fournir les informations ou la pharmacie communiquera avec vous)*
Poids :	_____kg, ou_____lb
Taille :	_____cm, ou_____pi,_____po
Langue parlée :	
Origine ethnique, si pertinente :	(N. B. : Il existe des particularités au plan de la prévalence de certains problèmes de santé et du métabolisme des médicaments pour certains groupes de la population.)
Allergies/intolérances :	□ Oui ○ Médicaments : _____ ▪ Type de réaction : ○ Aliments : _____ ▪ Type de réaction : ○ Produits : _____ ▪ Type de réaction : ○ Prescription d'un auto-injecteur d'adrénaline ▪ Oui ▪ Non □ Non
Grossesse :	□ Oui Date prévue d'accouchement : _____ □ Non
Allaitement :	□ Oui Date prévue de l'arrêt : _____ □ Non
Médecin traitant (nom) :	
Personne à contacter en cas d'urgence :	Nom : _____ Lien : _____ Numéro de téléphone : _____

Limitations, handicaps, perte d'autonomie : (par ex. : troubles visuels, auditifs, à la marche, etc.)	□ Oui Lesquels? _____ □ Non ○ Avez-vous de la difficulté à utiliser des contenants à fermoir sécurisé? □ Oui □ Non ○ Avez-vous de la difficulté à avaler des comprimés? □ Oui □ Non

HABITUDES DE VIE

Consommation d'alcool :	□ Oui, de façon régulière ○ Nombre de consommations/semaine : _____ □ Non, occasionnellement seulement
Consommation de drogues :	□ Oui, de façon régulière (nom de la drogue : _____) ○ Fréquence : _____ □ Non
Fumeur :	□ Oui (nombre de cigarettes/jour ou semaine ou mois : _____) Année du début : _____ □ Non □ Ancien fumeur (Mois/année de l'arrêt ____)
Compétition sportive :	□ Oui □ Non
Consommation de jus de pamplemousse :	□ Oui □ Non
Consommation de café, boissons énergisantes :	□ Oui, de façon régulière ○ Nombre de consommations/semaine : _____ □ Non, occasionnellement seulement
Horaire de travail particulier :	
Conduite d'un véhicule :	□ Oui □ Non

MÉDICAMENTS

Prenez-vous des médicaments prescrits? *(fournir liste au besoin)*	□ Oui ○ Nom de la pharmacie et coordonnées : _____ □ Non
Prenez-vous des médicaments sans ordonnance (contre la toux, la fièvre, la douleur, la constipation, etc.)?	□ Oui, de façon régulière ○ Lesquels? _____ □ Non ou occasionnellement seulement
Prenez-vous des produits de santé naturels (vitamines, minéraux, etc.)?	□ Oui, de façon régulière ○ Lesquels? _____ □ Non, occasionnellement seulement

Autres (échantillons, médicaments de recherche, produits d'accès spécial, médicaments administrés à l'hôpital, marijuana, etc.)	□ Oui ○ Nom du médicament : _____ □ Non

PROBLÈMES DE SANTÉ

☐ **Cardiovasculaire (arythmie, hypertension, hypercholestérolémie, etc.)**	☐ **Maladies auto-immunes (lupus, vasculite, etc.)**
☐ **Dermatologique (eczéma, psoriasis, etc.)**	☐ **Musculo-squelettique (ostéoporose, arthrose, arthrite, etc.)**
☐ **Endocrinien (diabète, thyroïde, etc.)**	☐ **Néphrologique (dialyse, insuffisance rénale, pierres aux reins, etc.)** ▪ **Si dialyse, spécifiez le type :** □ hémodialyse □ dialyse péritonéale
☐ **Gastro-intestinal (dyspepsie, reflux, syndrome de l'intestin irritable, etc.)**	☐ **Neurologique (Alzheimer, épilepsie, migraine, Parkinson, douleur, etc.)**
☐ **Génito-urinaire (incontinence urinaire, dysfonction sexuelle, etc.)**	☐ **ORL (glaucome, tubes transtympaniques, etc.)**
▪ **Si stomie, spécifiez le type :** □ urinaire □ intestinale	☐ **Pulmonaire (allergie, asthme, MPOC, etc.)**
☐ **Gynéco-obstétrique (contraception, hystérectomie, ménopause, etc.)**	☐ **Psychiatrique (anxiété, dépression, schizophrénie, etc.)**
☐ **Hématologique (anémie, hémophilie, etc.)**	☐ **Cancer (précisez) :** _____
☐ **Infection (VIH, infection transmissible, tuberculose, etc.)**	☐ **Autres (précisez) :** _____

ANTÉCÉDENTS

☐ **Chirurgies :**	
☐ **Antécédents familiaux (maladies) :**	
☐ **Autres maladies :**	
☐ **Autres** (élimination lente ou rapide de médicaments selon une condition génétique connue, etc.) :	

CONSENTEMENT (svp remplir le formulaire à cet effet)

Échange d'information avec le médecin traitant et d'autres professionnels impliqués dans vos soins ☐ Oui □ Non
Remise d'un renseignement personnel, d'un médicament à une tierce personne (conjoint, famille) ☐ Oui □ Non

PRÉFÉRENCE DE SERVICE

Fréquence du service □ 1 fois par mois □ 1 fois par 2 mois □ 1 fois par 3 mois □ Autre : _____

Contenant des médicaments
☐ Fioles (pots de médicaments) □ Pilulier (des frais supplémentaires peuvent s'appliquer)

Mode de paiement
□ Carte de crédit □ Chèque □ Virement bancaire ou interac

**un membre de l'équipe de la pharmacie communiquera avec vous pour les instructions de paiement*

CHOIX DE LA PHARMACIE

Veuillez sélectionner 1 seule pharmacie. Votre dossier y sera transféré. Vous pouvez communiquer avec une pharmacie pour connaître les services offerts. Prenez note aussi que vous pouvez choisir une autre pharmacie, mais il est possible que le service des médicaments ne puisse pas être fait vers Radisson. Vous devrez alors vous procurer vous-même vos médicaments à la pharmacie.

☐ **Pharmacie Viens, Blanchette et Lamarre, affiliée à Familiprix**
85, 1re Avenue Est
Amos (Québec) J9T 4B2
Téléphone : 819-727-1234 Télécopieur : 819-727-1876
Délai pour commander: Mardi à 12h
Arrivée prévue des médicaments au Centre de santé le jeudi en avant-midi
Livraison des ordonnances et des médicaments de vente libre

☐ **Pharmacie Bérubé, Douville Thomassin, Tremblay et Gervais, affiliée à Jean Coutu**
1741, 3e Avenue
Val-d'Or (Québec) J9P 1W3
Téléphone : 819-824-3646 Télécopieur : 819-824-3980
Délai pour commander : Mardi à 13 h
Arrivée prévue des médicaments au Centre de santé le jeudi en avant-midi
Livraison des ordonnances et des médicaments de vente libre

☐ **Pharmacie Alexandre Roy et Sébastien Provost, affiliée à Jean Coutu**
682, 4e Avenue Ouest
Amos (Québec) J9T 0B7
Téléphone : 819-732-3307 Télécopieur : 873-670-1202
Délai pour commander: Mardi à 13h
Arrivée prévue des médicaments au Centre de santé le jeudi en avant-midi
Livraison des ordonnances et des médicaments de vente libre

☐ J'autorise le CRSSS de la Baie-James à transférer mes ordonnances à la pharmacie choisie.

Tous ces renseignements demeurent strictement confidentiels et ne seront utilisés que dans le but de vous offrir des soins et services pharmaceutiques adaptés à vos besoins. Veuillez nous aviser de tout changement.

Formulaire complété par : _____ **Date :** _____

Dossier informatique mis à jour par : _____ **Date :** _____

→VEUILLEZ REMETTRE CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À UNE INFIRMIÈRE DU CENTRE DE SANTÉ DE RADISSON AFIN QUE CETTE DERNIÈRE LE TRANSMETTE, PAR TÉLÉCOPIEUR, À LA PHARMACIE QUE VOUS AVEZ CHOISIE