

# FORMULAIRE DE JUSTIFICATION POUR L'EXÉCUTION D'ORDONNANCE FRÉQUENTE Pour 1 à 6 jours de provision

## Section 1 – Renseignements sur la pharmacie

Nom de la pharmacie
Téléphone
Télécopieur
Numéro d'identification de fournisseur

## Section 2 – Renseignements sur le/la patient(e)

Nom de famille du (de la) patient(e)
Prénom du (de la) patient(e)
Numéro d'identification du régime
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

## Section 3 – Raisons pour une exécution d'ordonnance fréquente

Pour qu'une pharmacie soit admissible à plus du quart (¼) des frais d'exécution d'ordonnance tous les 7 jours pour des médicaments délivrés selon une provision de 1 à 6 jours, confirmez lesquels des critères suivants s'appliquent au (à la) patient(e) en cochant les bonnes cases.

**Obligatoire :**

- Le médicament est un narcotique, un médicament contrôlé, une benzodiazépine ou une autre substance ciblée, un anticonvulsivant, un antidépresseur, un agent antimaniaque, un antipsychotique ou un hypnotique
- La prise de médicaments ne peut pas être gérée lorsque le/la patient(e) reçoit une réserve de médicaments de 7 jours

**Le/la patient(e) doit répondre à au moins l'un des facteurs suivants :**

- Risque de surdose intentionnelle
- Antécédents d'usage abusif, d'abus ou de détournement de médicaments
- Déficit cognitif, incapacité mentale, trouble psychiatrique ou déficience physique grave

Remarque : Les patient(e)s qui résident dans des foyers de soins, des établissements résidentiels pour adultes et des établissements correctionnels ne sont pas admissibles à des frais d'exécution d'ordonnance supplémentaires, même si une délivrance quotidienne, hebdomadaire ou à une autre fréquence plus élevée que la normale a été prescrite ou demandée.

## Section 4 – Médicaments

Détaillez le nom des médicaments et leur concentration ci-dessous ou annexe une liste signée et datée des médicaments.


## Section 5 – Signature du pharmacien

Signature	Date (JJ/MM/AAAA)
-----------	-------------------

Les formulaires remplis doivent être conservés dans le dossier par la pharmacie et être facilement accessibles aux fins de vérification. Le présent formulaire est valide pour une durée de six mois.