

Formulaire de transmission du résultat de test de dépistage du virus de l'hépatite C à des fins de suivi

Date : JJ / MM / AAAA	
<u>Identification de l'utilisateur</u>	
Nom, prénom :	
NAM :	Téléphone : () -
DDN : JJ / MM / AAAA	
<u>Origine du formulaire d'information</u>	Si l'utilisateur a un médecin de famille
Nom de la pharmacie :	<u>Formulaire envoyé à l'attention de :</u> Nom du professionnel :
Téléphone : () -	Lieu de travail :
Télécopieur : () -	Télécopieur : () -
	<input type="checkbox"/> L'utilisateur n'a PAS de médecin de famille

Le patient ci-nommé a été dépisté pour les anticorps anti-VHC dans le cadre d'un projet de recherche (PHARMA-C). Le document présent est utilisé à des fins d'amélioration de la continuité des soins.

Le résultat du test de dépistage des anticorps du VHC fait avec OraQuick® VHC est :

- ☐ Négatif
☐ Positif

Le test a été réalisé en date du JJ / MM / AAAA

Le test a été réalisé par le/la pharmacien(ne) : _____

☐ L'utilisateur a ≥ 1 facteur de risque continu et nécessiterait un suivi anti-VHC dans 3 mois

Sachez que dans le cas d'un résultat anti-VHC positif, le suivi est directement délégué à un corridor de services dans la région.

Signature pharmacien(ne) : _____

Numéro de pratique délivré par l'OPQ : _____

Consignes destinées au pharmacien collaborateur du projet de recherche :

1. Télécopiez cette requête à la clinique du professionnel que vous désirez informer ou remettez ce formulaire à l'utilisateur s'il n'a pas de médecin de famille.
2. CONSERVEZ UNE COPIE DE CE FORMULAIRE D'INFORMATION DANS LE DOSSIER PHARMACOLOGIQUE DE LA PERSONNE

NB. Le consentement de l'utilisateur pour la communication du résultat du test de dépistage a été obtenu au moment de la signature du formulaire de consentement.

Pour toute question ou pour tout commentaire, s'il vous plaît communiquez à l'adresse pharmac.vhc.chum@ssss.gouv.qc.ca



PHARMA-C Dépistage de l'hépatite C en pharmacie communautaire
Rachel Therrien et Dominic Martel, pharmaciens du CHUM