



FORMULAIRE D'OUVERTURE DE DOSSIER

Économisez du temps! Remplissez le formulaire ci-dessous et apportez le à la pharmacie pour une ouverture de dossier rapide lorsque vous venez chercher vos médicaments sous prescription.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom :			Nom de famille :		
Est-ce votre nom à la naissance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si non, quel est votre nom à la naissance?		
Date de naissance (JJ/MM/AA):	/	/	Sexe :	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Numéro d'assurance-maladie:
Adresse du domicile :					
Ville :				Province :	
Téléphone au domicile:		()		Autre téléphone: ()	
Type d'assurance :	<input type="checkbox"/> Publique (RAMQ)	<input type="checkbox"/> McGill McGill ID:	<input type="checkbox"/> Privé (avec carte pour réclamation automatique)	<input type="checkbox"/> Privé (réclamation manuel avec reçu)	
(S'il vous plaît, remettre votre carte d'assurance-maladie ainsi que votre carte d'assurance privée si vous en détenez une)					

INFORMATIONS MÉDICALES (si vous manquez d'espace, écrivez au verso)

Avez-vous des allergies? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels?	Substance	Réaction (description des symptômes et date approximative)	
Prenez-vous des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels?	Nom du médicament	Dose	Depuis quand?
Prenez-vous des produits naturels ou des vitamines? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels?	Nom du produit, force et dose		
Êtes-vous enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date prévue d'accouchement :	Allaitiez-vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Fumez-vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de cigarettes par jour environ?		
Portez-vous des verres de contact? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous des problèmes de santé particuliers?			
Informations supplémentaires ou commentaires (services spéciaux requis, mise en pilulier, exigences particulières):			
Désirez-vous que nous transférions vos prescriptions d'une autre pharmacie au Canada? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, quelle pharmacie?		Numéro de téléphone: ()	
Transfert du dossier complet? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, quels médicaments?		

N'hésitez pas à communiquer avec un membre de l'équipe si vous avez des questions!