



INTERRUPTION
LE RÉSEAU DE SOINS AUX PATIENTS TRAITÉS PAR AA-CLOZAPINE
 17-AA004_AAC0250F1

LE RÉSEAU DE SOINS AUX PATIENTS TRAITÉS PAR AA-CLOZAPINE

Veuillez compléter et télécopier au :

Tél : **1-877-276-2569**

1-866-836-6778

Site Web : www.aaspirer.ca

<p>Date : _____</p> <hr/> <p>Compagnie: _____</p> <hr/> <p>À : _____</p> <hr/> <p>Téléphone : _____</p> <hr/> <p>Télécopieur : _____</p> <hr/>	<p># de pages incl. couverture : _____</p> <hr/> <p>Le réseau de soins aux patients traités par AA-Clozapine Tél. : 1-877-276-2569 Télec. :1-866-836-6778</p> <hr/> <p>De : _____</p> <hr/> <p>Courriel : aaspirer@aapharma.ca</p> <hr/> <p>Site Web : www.aaspirer.ca</p> <hr/>
--	--

Renseignements sur le patient

NIP de Patient: _____ **Date de naissance :** _____
Initiales: _____ **Sexe:** M F Autre: _____ **PHN:** _____

(PHN : Numéro de carte d'assurance maladie)

Veuillez remplir le tableau ci-dessous dans l'éventualité où un patient interrompt le traitement pendant la thérapie avec AA-Clozapine. Veuillez télécopier le présent formulaire d'interruption au Le réseau de soins aux patients traités par AA-Clozapine une première fois au début de l'interruption et une deuxième fois lorsque cesse l'interruption

Date de début de l'interruption / Date d'arrêt d'AA-Clozapine :	Date de fin de l'interruption / Date de reprise d'AA-Clozapine:	Motif de l'interruption :
/ / JJ MM AAAA	<input type="checkbox"/> Interruption en cours / / JJ MM AAAA	

Rapport initial _____ / / _____
 _____ (Signature du médecin) JJ MM AAAA

Rapport final _____ / / _____
 _____ (Signature du médecin) JJ MM AAAA

