

FORMULAIRE PRÉLIMINAIRE DE CONSULTATION D'HÉMATOLOGIE

Date:

À:

Téléphone :

Télécopieur :

de pages incl.
couverture :

Le réseau de soins aux patients traités par AA-Clozapine **Tél. : 1-877-276-2569**
Télec. :1-866-836-6778

Courriel : aaspirer@aapharma.ca

Site Web : www.aaspirer.ca

S'il s'agit d'une demande d'urgence, veuillez contacter votre hématologue interne/local. Veuillez prévoir entre 24 et 48 heures pour l'achèvement de la consultation

NIP de patient: _____

Date de naissance: _____

Numéro d'assurance maladie: _____

Nom de médecin: _____

Téléphone: _____

(Fournir une ligne médicale directe/
numéro de portable/téléavertisseur)

Courriel du médecin: _____

(Requis par l'hématologue pour
communiquer avec le médecin)

Télécopieur : _____

(OBLIGATOIRE QUE TOUS LES CHAMPS SOIENT REMPLIS)

Veillez fournir la raison de la consultation en hématologie (OBLIGATOIRE) et les informations suivantes pour l'évaluation initiale :

- Tous les résultats disponibles des prises sanguins (y compris Hgb, les plaquettes et de globules blancs différentielles)
- L'origine ethnique du patient
- Histoire de la thérapie Clozapine (dose, date de début, interruption)
- Médicaments concomitants, l'utilisation de ETOH (alcool)
- La présence ou l'absence de symptôme fébrile ou d'autres manifestations d'infection
- Antécédents médicaux importants

Raison de la consultation en hématologie (OBLIGATOIRE) et/ou commentaires :

Veillez nous envoyer toutes les informations y compris ce formulaire par télécopieur au **1-866- 836-6778**.

Merci pour votre aide, si vous avez des questions ou avez besoin d'aide, n'hésitez pas à nous contacter au **1-877-276-2569**. Nous serons plus qu'heureux de vous aider.

Le réseau de soins aux patients traités par AA-Clozapine.