



LE RÉSEAU DE SOINS AUX PATIENTS TRAITÉS PAR AA-CLOZAPINE

17-AA004\_AAC0140F1

## FORMULAIRE PRÉLIMINAIRE DE CONSULTATION D'HÉMATOLOGIE

Date :

# de pages incl.  
couverture :

À :

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

Téléphone :

Courriel :                    aaspirer@aapharma.ca

Télécopieur :

Site Web :                    www.aaspirer.ca

NIP de patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Nom de médecin : \_\_\_\_\_

Téléphone :

(Requis par l'hématologue communiquer avec le médecin)

Courriel du médecin :

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

Télécopieur : \_\_\_\_\_

S'il vous plaît fournissez les informations suivantes pour l'évaluation initiale :

- Tous les résultats disponibles des prises sanguins (y compris Hob, 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

Commentaires : \_\_\_\_\_

Veuillez nous envoyer tous 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.**