

Soins communautaires supervisés - Modifications au plan de soins Médicaments - Loi sur la santé mentale, Partie II.I



Nom : _____ Numéro d'assurance-maladie : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ DN(MM/JJ/AAAA) : ____/____/____

Médicaments

Les renseignements suivants sont requis :

Médicaments antérieurs	Posologie antérieure	Nouveaux médicaments	Nouvelle posologie	Nouvelle routine

Commentaires supplémentaires :

(Signature de la personne assujettie au plan ou son mandataire, le cas échéant) (Date)

(Signature du psychiatre traitant) (Date)

(Numéro de téléphone)