

✓ *Faciliter la transmission d'informations de la ville vers l'hôpital et de l'hôpital vers la ville en dehors des séquences*

JE SUIS  Pharmacien d'officine  Médecin traitant  Equipe hospitalière : .....

**DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT (OBLIGATOIRE)**

- Expérience patient  Changements thérapeutiques  Interactions médicamenteuses  Effets indésirables  
 Interruption de traitements  Parcours Onco'Link  Autres

Commentaires (obligatoire pour préciser la typologie du besoin) :

Large dashed box for comments.

**MÉDECIN TRAITANT (OBLIGATOIRE)**

N° AM Médecin :   
Contact MSSanté :

**PHARMACIE (OBLIGATOIRE)**

Tampon de l'officine ou contact :  
N° AM Pharmacien :   
Contact MSSanté :

**EQUIPE HOSPITALIÈRE (OBLIGATOIRE)**

Établissement :   
Contact :