

Annexe IV : Fiche de liaison Médecin Traitant – Pharmacien Référent

Informations relatives au patient																						
Nom Prénom		Numéro de CRF																				
Code d'anonymat	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
Coordonnées du médecin Traitant																						
Nom Prénom		Tél																				
		Fax																				
Email																						
Secteur : ☐ Public ☐ Privé ☐ Para-Public																						
Hôpital.....		Si secteur Privé, Adresse du Cabinet																				
Service																						
Coordonnées du pharmacien référent de la PCT																						
Nom Prénom		Tél																				
		Fax.....																				
Email																						
☐ PCT ☐ Succursale régionale de la PCT		Succursale régionale, à préciser :																				
Validation du pharmacien référent																						
Signature		Cachet																				



Vérification du dossier complet		
A cocher par le Pharmacien référent	A compléter par le Médecin Traitant	
☐	Date de la charge virale :	___ / ___ / ____
☐	Valeur de la charge virale :	_____
☐	Génotype :	_____
☐	Fibrotest :	☐ oui ☐ non, si oui, valeur : _____
☐	Fibroscan :	☐ oui ☐ non, si oui, valeur : _____
☐	Fibrose F3 ou F4 :	☐ oui ☐ non, si oui, Faite : ☐ oui ☐ non
☐	Date de la visite d'inclusion :	___ / ___ / ____