

## Ministère de la Santé Plan National d'Elimination de l'Hépatite Virale C, Tunisie 2016-2023



## Annexe IV : Fiche de liaison Médecin Traitant - Pharmacien Référent

Informations relatives au patient			
Nom Prénom Nu	méro de CRF		
Code d'anonymat			
Coordonnées du médecin Traitant			
Nom Prénom	Tél	Email	
Secteur: Public Privé Para-Public  Hôpital  Service	Si secteur Privé, Adresse du		
Coordonnées du pharmacien référent de la PCT			
Nom Prénom	Tél	Email	
○ PCT ○ Succursale régionale de la PCT	Succursale régionale, à préciser :		
Validation du pharmacien référent			
Signature	Cachet		



## Ministère de la Santé Plan National d'Elimination de l'Hépatite Virale C, Tunisie 2016-2023



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