CONSULTATION PHARMACEUTIQUE : Fiche de recueil de données

|  |
| --- |
| 1. IDENTIFICATION DU PATIENT |
| Identité Nationale de Santé (INS) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Nom de naissance/Prénom(s) de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Âge : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Sexe : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| 1. TYPE DE CONSULTATION |
| Type de consultation : Choisissez un élément.  Date entretien : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Motif de consultation pharmaceutique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Réalisé par : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Moment de réalisation : Choisissez un élément. |

|  |
| --- |
| 1. ENTOURAGE ET PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Personne de confiance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | Professionnels de santé : | Médecin traitant | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Spécialiste(s) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Pharmacie d’officine | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | IDE à domicile | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | EHPAD | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. MESURES | | | | | | |
| Taille (cm) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Poids (kg) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Date de pesée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | IMC (kg/m²) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | SC (m²) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Evolution récente (3 derniers mois, en Kg) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
| Constantes : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
| Capacités cognitives : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
| Fonction rénale (mL/min/1,73m²) | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Fonction hépatique | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Autre | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. RECUEIL DE DONNEES PHARMACEUTIQUES | | |
| Bilan médicamenteux | Se référer au [modèle OMéDIT PACA-Corse](https://www.omeditpacacorse.fr/pdf-bilan-medicamenteux/) | |
| Vaccinations  *Cocher quand vaccinations faites,*  *et préciser les dates* | Grippe : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Covid-19 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Rappel DTP : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Pneumocoque : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Autre(s) vaccination(s) jugée(s) pertinente(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Dispositifs médicaux | Aucun dispositif médical connu  Information inconnue  Dispositif médical pertinent(s) à consigner : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. RECUEIL DE DONNEES CLINIQUES | | | |
| Allergies/hypersensibilités | | Pas d’allergie ni d’hypersensibilité connues  Pas d’information sur les allergies et hypersensibilités  Présence d’allergies et/ou hypersensibilités : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| *Habitus*, mode de vie  *(régime et alimentation, tabac…)* | |  | |
| Antécédents | Personnels | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Familiaux | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Plainte principale du patient | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Autre(s) plainte(s) du patient | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Problèmes de santé en cours | | Pas de problème connu  Pas d’information sur les problèmes  Problèmes actifs : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Effets indésirables/Intolérances | | Pas d’effets indésirables ni d’intolérances connus  Pas d’information sur les effets indésirables/intolérances  Présence d’effets indésirables/intolérances liés aux médicaments : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Capacités organisationnelles & Gestion des traitements | | Autonome  Tiers (préciser) : | Pilulier  Alarme  Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Troubles de la déglutition | | Non  Oui | |
| Médicaments écrasés | | Non  Oui (lesquels) : aucun | |
| Chute dans les 3 derniers mois | | Non  Oui : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Connaissances de la pathologie, des indications et objectifs des traitements, des posologies et des modalités de prises | | Pathologie | Oui, totalement  Oui, partiellement  Non |
| Indications et objectifs des traitements | Oui, totalement  Oui, partiellement  Non |
| Posologies | Oui, totalement  Oui, partiellement  Non |
| Modalités de prise | Oui, totalement  Oui, partiellement  Non |
| [Adhésion au traitement, questionnaire assurance maladie](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5074/document/evaluation-observance-traitement_assurance-maladie.pdf) | | Bon observant   Non observant mineur   Non observant | |
| Autre : *Historique des grossesses,*  *Directives anticipées…* | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. RESULTATS | | |
| * 1. RESULTATS DE BIOLOGIE | | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| * 1. AUTRES RESULTATS | | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |