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. |