|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | N° FINESS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

COMPTE RENDU DE CONSULTATION PHARMACEUTIQUE

Type de consultation : Choisissez un élément.

Date du document : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Motif de consultation pharmaceutique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Auteur du document : Nom, Prénom, Fonction

Cher(ère) confrère, votre patient(e) Choisissez un élément. *Prénom, NOM* (Choisissez un élément.), né(e) le *jj/mm/aaaa* (âge : *\_\_* ans) a été hospitalisé(e) dans le service *nom du service* de *nom de l’établissement*. Au cours de son séjour, Choisissez un élément. a bénéficié de la réalisation d’un bilan de médication, qui correspond à l’analyse structurée de ses produits de santé, avec pour objectif d’optimiser la thérapeutique et d’établir un consensus entre les professionnels de santé impliqués et avec le patient concernant son traitement. Vous trouverez ci-joint le compte rendu de la consultation pharmaceutique, comprenant l’avis pharmaceutique.

Moment de réalisation :  Séjour hospitalier  HDJ/consultation externe

1. ENTOURAGE ET PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS

|  |  |
| --- | --- |
| Personne de confiance (F) | Fonction, Nom(s), Prénom(s), Coordonnées |
| Professionnels de santé (O) | Fonction, Nom(s), Prénom(s), Coordonnées |
| Fonction, Nom(s), Prénom(s), Coordonnées |
| Fonction, Nom(s), Prénom(s), Coordonnées |

1. MESURES (O\*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) : | | | Gain ou perte de kg par unité de temps | | | | |
| Constantes : Ex : tension artérielle, fréquence cardiaque | | | | | | | |
| Fonction rénale (mL/min/1,73m²) | | Type d’examen | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | Valeur du résultat, commentaire | | |
| Fonction hépatique | | Type d’examen | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | Valeur du résultat, commentaire | | |
| Autre | | Type d’examen | | | | | | |
| Capacités cognitives (F) | | Troubles cognitifs : oui, non possible | | | | | | |

1. FACTEURS DE RISQUE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Allergies/hypersensibilités (O) | Pas d’information sur les allergies et hypersensibilités  Pas d’allergie ni d’hypersensibilité connues  Allergies présumées et/ou hypersensibilités : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Allergies avérées et/ou hypersensibilités : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Habitus, mode de vie (O)  (régime et alimentation, tabac…) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Antécédents (F) | Personnels | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Familiaux | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Grossesse (O) | Non applicable (le patient n’est pas en âge de procréer)  Oui  Non  Ne sait pas  Projet de grossesse :  Oui  Non | |
| Score de risque iatrogène (F) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

1. PROBLEME(S)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Plainte principale du patient (O) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |
| Autre(s) plainte(s) (O\*) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |
| Problèmes de santé en cours (O) | Pas de problème connu  Pas d’information sur les problèmes de santé en cours  Présence d’un ou plusieurs problèmes de santé en cours : | | | | |
|  | | | |  |
| |  |  | | --- | --- | | Diagnostics établis | Atteinte des objectifs thérapeutiques pour les pathologies en cours | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Résultats biologiques anormaux | | | | Type d’examen | Date | Valeur du résultat/commentaire | | Type d’examen | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Valeur du résultat, commentaire |  |  | | --- | | Autres symptômes/effets-indésirables | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |  | |  |  |
|  | |  | | |

1. PRODUITS DE SANTE
   1. CAPACITES ORGANISATIONNELLES – GESTION DES TRAITEMENTS (O)

Autonome  Tiers (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pilulier  Alarme  Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. VACCINATIONS (O)

Grippe : Date, Commentaire

Covid : Date, Commentaire

Pneumocoque : Date, Commentaire

Rappel DTP : Date, Commentaire

Autre(s) vaccination(s) jugée(s) pertinente(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. DISPOSITIFS MEDICAUX (F)

Information inconnue

Aucun dispositif médical connu

Dispositif(s) médical(aux) pertinent(s) à consigner : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 1. TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX INITIAUX (Cliquez ou appuyez ici pour entrer la date et l’heure.) (O) | | | * 1. ADHESION (O) |
| Libellé | Posologie | Commentaires |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… | Choisissez un élément. |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… | Choisissez un élément. |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… | Choisissez un élément. |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… | Choisissez un élément. |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… | Choisissez un élément. |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… | Choisissez un élément. |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… | Choisissez un élément. |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… | Choisissez un élément. |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… | Choisissez un élément. |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… | Choisissez un élément. |
| Troubles de la déglutition :  Non  Oui  Médicaments écrasés :  Non  Oui : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Nombre de lignes de traitement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Adhésion – [questionnaire assurance maladie](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5074/document/evaluation-observance-traitement_assurance-maladie.pdf) : Choisissez un élément. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. CONNAISSANCES & COMPETENCES DU PATIENT (O) | Pathologie | Choisissez un élément. | Posologies et modalités de prise | Choisissez un élément. |
| Indications et objectifs des traitements | Choisissez un élément. | Suivi et surveillance | Choisissez un élément. |

1. AVIS PHARMACEUTIQUE
   1. PROBLEME(S) LIES A LA THERAPEUTIQUE (PLT) ET/OU A UN ELEMENT DE SURVEILLANCE (O)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PROBLEMES IDENTIFIES | DESCRIPTION | TRAITEMENT(S) INCRIMINE(S) | INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES | MISE EN ŒUVRE |
| Propositions prioritaires | | | | |
| Choisissez un élément.  Choisissez un élément. | Description du PLT (clinique, biologique, stratégie) | DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration  DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Choisissez un élément.  Explications | Choisissez un élément. |
| Choisissez un élément.  Choisissez un élément. | Description du PLT (clinique, biologique, stratégie) | DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration  DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Choisissez un élément.  Explications | Choisissez un élément. |
| Choisissez un élément.  Choisissez un élément. | Description du PLT (clinique, biologique, stratégie) | DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration  DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Choisissez un élément.  Explications | Choisissez un élément. |
| Choisissez un élément.  Choisissez un élément. | Description du PLT (clinique, biologique, stratégie) | DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration  DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Choisissez un élément.  Explications | Choisissez un élément. |
| Choisissez un élément.  Choisissez un élément. | Description du PLT (clinique, biologique, stratégie) | DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration  DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Choisissez un élément.  Explications | Choisissez un élément. |
| Choisissez un élément.  Choisissez un élément. | Description du PLT (clinique, biologique, stratégie) | DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration  DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Choisissez un élément.  Explications | Choisissez un élément. |
| Autres propositions | | | | |
| Choisissez un élément.  Choisissez un élément. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration  DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Choisissez un élément.  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. |
| Choisissez un élément.  Choisissez un élément. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément.  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. |

COMMENTAIRE GENERAL : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. PLAN DE SOINS (F)

Demande d’examens/suivi, actes, rencontres...

Remise de documents et/ou d’outils :  Oui  Non Si oui, le(s)quel(s) : Indiquez s’il y a des PJ

* 1. POINTS DE VIGILANCE (F)

Par exemple, les actions en attente d’être mises en oeuvre

1. TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ACTUALISES Cliquez ou appuyez ici pour entrer la date et l’heure. (O)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Libellé | Posologie | Commentaires |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration texte. | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration texte. | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration texte. | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration texte. | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration texte. | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration texte. | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration texte. | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration texte. | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… |
| DCI, dosage, forme galénique, voie d’administration texte. | Dose, fréquence d’admin, date de fin (si temporaire) | Modalités de prise, infos sur les modifications de traitements… |
| Nombre de lignes de traitement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Réalisé par : | Nom, Prénom, Fonction | Date : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |