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

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 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Professionnels de santé | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 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. FACTEURS DE RISQUE

|  |  |
| --- | --- |
| 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…) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Antécédents | Personnels | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Familiaux | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Grossesse en cours | 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 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

1. PROBLEME(S)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Plainte principale du patient | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| Autre(s) plainte(s) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| Problèmes de santé en cours | 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 | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Atteinte des objectifs thérapeutiques pour les pathologies en cours | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Résultats biologiques anormaux | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Autres symptômes/effets-indésirables | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |

1. PRODUITS DE SANTE
   1. CAPACITES ORGANISATIONNELLES – GESTION DES TRAITEMENTS

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

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

* 1. VACCINATIONS

Grippe : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Covid : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pneumocoque : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Rappel DTP : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

* 1. DISPOSITIFS MEDICAUX

Information inconnue

Aucun dispositif médical connu

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 1. BILAN MEDICAMENTEUX INITIAL (Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.) | | | * 1. ADHESION |
| Libellé | Posologie | Commentaires |
| 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. | 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. | 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. | 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. | 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. | 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. | 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. | 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. | 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. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | 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 | 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PROBLEMES IDENTIFIES | DESCRIPTION | TRAITEMENT(S) INCRIMINE(S) | INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES | MISE EN ŒUVRE |
| Propositions prioritaires | | | | |
| 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. |
| 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. |
| 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. |
| Autres propositions | | | | |
| 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. |
| 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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Remise de documents et/ou d’outils :  Oui  Non Si oui, le(s)quel(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. POINTS DE VIGILANCE

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. BILAN MEDICAMENTEUX ACTUALISE (Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.) | | |
| Libellé | Posologie | Commentaires |
| 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. |
| 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. |
| 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. |
| 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. |
| 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. |
| Nombre de lignes de traitement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Réalisé par : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Date : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |