

FORMULAIRE DE CONCILIATION DE SORTIE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX**Identification patient** : Nom/Prénom :

Date de naissance :

Identité Nationale de Santé (INS) :

Identifiant d'Episode du Patient (IEP) :

Unité fonctionnelle (UF) responsable :

Date d'entrée :

Date de sortie :

Sources consultées au cours du recueil de données et contacts :

Patient

Spécialiste(s)

Ordonnances(s)

IDE

Entourage

DPI

Autres (*préciser*) :

Médecin Traitant

Pharmacien d'officine

DP

EHPAD

DMP

Mécaments apportés

Autonomie du patient relative à la prise des traitements : Autonome Non autonome (aidant, IDE à domicile...)

BILAN MEDICAMENTEUX INITIAL		Statut arrêté, suspendu, modifié, poursuivi...	BILAN MEDICAMENTEUX DE SORTIE		COMMENTAIRES Modalités de prise, informations sur les modifications de traitements	Prescrit sur l'ordonnance de sortie
Libellé	Posologie		Libellé	Posologie		

Vaccinations : A jour Non connues A faire :**Informations complémentaires** (*texte libre*) :
« Evaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux » – questionnaire Assurance maladie (lien) : Bon observant Non observant mineur Non observant

Réalisée par :

Fonction :

Date :

Validée par :

Fonction :

Date :