



Nom de l'établissement : OMÉDIT PACA-Corse

N° FINESS : 123456789

## BILAN MEDICAMENTEUX

Cher confrère, votre patient(e) [Madame/Monsieur] [NOM/Prénom], né(e) le [jj/mm/aaaa], a été hospitalisé(e) dans le service [nom du service]. Au cours de son séjour, il/elle a bénéficié de la réalisation d'un bilan médicamenteux, qui correspond à la synthèse de tous les traitements pris et à prendre par le(a) patient(e). Vous trouverez ci-joint leur synthèse.

**Moment de réalisation** :  Admission hospitalière  En cours de séjour  Sortie hospitalière  HDJ / consultation externe

**Présence du patient** :  Oui  Non

### Sources consultées au cours du recueil de données :

- |   |  |                                    |   |
|---|--|------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Patient | <input checked="" type="checkbox"/> Pharmacie d'officine | <input type="checkbox"/> Entourage | <input type="checkbox"/> DP / DMP       |
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant   | <input checked="" type="checkbox"/> Ordonnance(s)        | <input type="checkbox"/> IDE       | <input checked="" type="checkbox"/> DPI |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste(s)     | <input type="checkbox"/> Médicaments apportés            | <input type="checkbox"/> EHPAD     | <input type="checkbox"/> Autre(s)       |

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

**Troubles de la déglutition** :  Non  Oui

**Médicaments écrasés** :  Non  Oui : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### Allergies/hypersensibilités :

- Pas d'information sur les allergies et hypersensibilités
- Pas d'allergie ni d'hypersensibilité connues
- Présence d'allergies présumées et/ou hypersensibilités : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Présence d'allergies avérées et/ou hypersensibilités : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Vaccinations** :  A jour  Non connues  A faire :

## BILAN MEDICAMENTEUX

Libellé	Posologie	Commentaires
		Modalités de prise, informations sur les modifications de traitements
Acide acétylsalicylique (KARDEGIC®), 75 mg, sachet	1 sachet, par voie orale, 1 fois par jour, le midi	/
Amoxicilline, 1 g, poudre pour solution injectable	1 g, par voie IV, toutes les 8 heures, pendant 7 jours	Du 01/07/2024 au 08/07/2024
Méthotrexate, 10 mg, Cp	1 Cp, par voie orale, 1 fois par semaine, le jeudi matin	/
Acide folique, 5 mg, Cp	5 mg, par voie orale, 1 fois par semaine, le samedi matin	/
Amiodarone, 200 mg, Cp	1 Cp, par voie orale, 1 fois par jour, 5 jours sur 7, le matin, tous les jours de la semaine hors week-end	Troubles de la déglutition, médicament à écraser
Pembrolizumab (KEYTRUDA®), 25 mg/mL solution à diluer pour perfusion	200 mg, en perfusion intraveineuse de 30 min, toutes les 3 semaines	Prochaine cure prévue le 19/07/2024
Trimébutine, 200 mg, Cp	200 mg, par voie orale, toutes les 8 heures, si besoin (si douleurs)	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/

Libellé	Posologie	Commentaires Modalités de prise, informations sur les modifications de traitements
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/

Points de vigilance (texte libre) :

*NB : les traitements ici présentés ne sont donnés qu'à titre d'exemple.*

« Evaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux » – questionnaire Assurance maladie ([lien](#)) :  Bon observant  Non observant mineur  Non observant

Réalisé par :	NOM/Prénom	Fonction :	Externe en pharmacie	Date :	02/07/2024
Validé par :	NOM/Prénom	Fonction :	Pharmacien	Date :	02/07/2024