



La conciliation est-elle uniquement médicamenteuse ?

Cas des patients porteurs d'un nouvel implant

◆ *Dr O. Lavezzi*
CRCV Bois Gibert - Ballan Miré



Meilleure collaboration
Meilleurs SOINS

**Conciliation : prévenir, corriger les erreurs
en favorisant la transmission d'informations
complètes et exactes sur les produits de santé du
patient, entre professionnels de santé,
aux points de transition
(admission, sortie et transferts)**

- *Médicaments et Dispositifs Médicaux*
Sujet âgé
Parcours patient
Continuité de la prise en charge





Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016
relatif aux **lettres de liaison**

NOR : AFSH1612283D

Publics concernés : professionnels de santé, établissements de santé.

Objet : contenu et modalités de transmission de la lettre de liaison.

Entrée en vigueur : les dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Notice : le présent décret a pour objet de préciser le contenu et les modalités de transmission de la lettre de liaison. Il précise le contenu attendu d'une lettre de liaison à l'entrée de l'établissement de santé et le contenu de la lettre de liaison à la sortie de cet établissement ainsi que les modalités de transmission et de remise de la lettre au patient.

(...)

« 2° Motif d'hospitalisation ;

« 3° Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;

« 4° Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;



LE MEDECIN CONCILIAATEUR, UN ACTEUR D'AVENIR ...



Concilier c'est prendre conscience de la réalité médicamenteuse du patient dès son admission...



LE MEDECIN CONCILIEUR, UN ACTEUR D'AVENIR ...

BILAN COMPARATIF DES TRAITEMENTS RELEVÉ DE BIOLOGIE

3 divergences

(+) LOVENOX
(-) Sels d'alu...
(-) RACECADOTRIL

**Incohérent
INR dans la cible
et HBPM en cours**

Cohérent

**Absence d'HBPM
et INR dans la cible**

Traitement de sortie :
 AUGMENTIN 1 G, 3 x par jour à poursuivre jusqu'au 12/07/2015 inclus.
 KARDÉGIC 75, 1 par jour.
 PREVISCAN 20 mg, 1 le soir.
 XATRO 10, 1 le soir.
 BISOPROLOL 2,5, 1 le matin.
 INEXIUM 20, 1 le soir.
 FÉNOFIBRATE 160, 1 le matin.
 TERCIAN 25, 1 le soir.
 LOVENOX 0.7 ml, 2 x par jour jusqu'à 2 INR consécutifs entre 2 et 3.
 Surveillance biologique rapprochée des INR et de la NFS.

TOUT FAUX

**Traitement du courrier
médical au 07/07/2015**

Demande d'impression de la grille		Imprimé le 07/07/15 09:28					
Résultats de Laboratoire	04/07/15	06/07/15	01/07/15	02/07/15	03/07/15	05/07/15	
Hémostasie							
INR	2,34 N						
Interprétation (NR sous AVE)	Interprétat...					2,08 N	
Bactériologie Standard						Interprétat...	

**Relevé des biologies
transmis par l'IDE**

**Relevé d'administration
transmis par l'IDE**

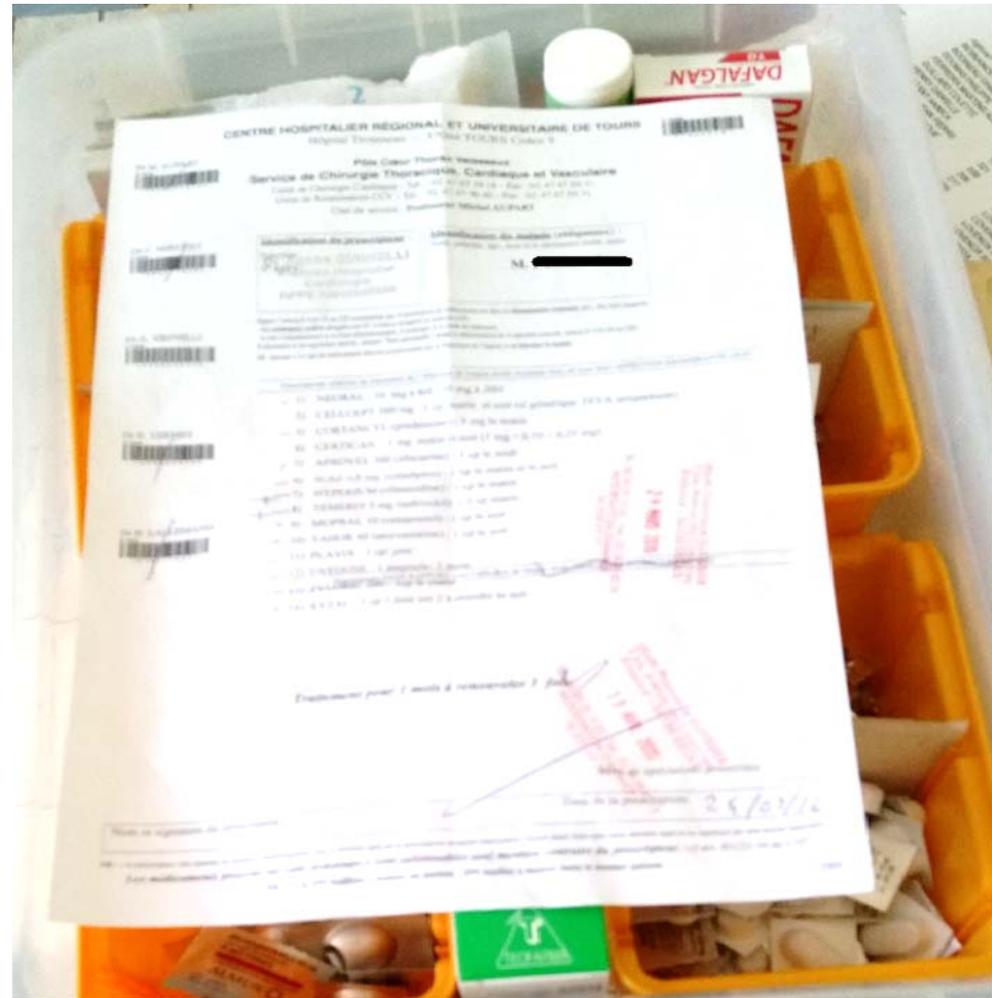


L'IDENTITOVIGILANCE DU MEDICAMENT : UN PROBLEME PERMANENT

Pas de conciliation efficace sans
s'intéresser à l'identité des
traitements.



L'ORGANISATION DES PATIENTS EN QUESTION



CONCILIATION D'ENTREE (1)

Conciliation médicamenteuse d'entrée V2

21/10/2016

Utilisation d'un pilulier ou d'un semainier	Oui
Bilan des boîtes de médicaments	Oui
Liste des boites	<p>Boîtes: DUOPLAVIN 75/75 ATORVASTATINE 40MG → OMEPRAZOLE 20MG NATISPRAY 0.30MG <u>Blisters parfois découpés identifiés dans le semainier</u> NEBIVOLOL 5MG RAMIPRIL 5MG → TAMSULOSINE LP 0.40MG Blister à part: → ALPRAZOLAM 0.25MG → DICLOFENAC 50MG</p>
Facturette de l'ordonnance	Oui
Liste des traitements délivrés d'après la facturette	<p><u>Ordonnance</u> 17/10/2016 ATORVASTATINE 40MG NEBIVOLOL 5MG RAMIPRIL 5MG DUOPLAVIN 75/75 NATISPRAY 0.30MG</p>
Nom et ville du pharmacien d'officine habituel	
Déclaration du patient	Oui
Traitements déclarés par le patient	<p>→ - ALPRAZOLAM 0.25MG: si phobie ou peur panique prescrit par le psychiatre à la demande. → - DICLOFENAC et OMEPRAZOLE pour des douleurs dorsales ponctuellement prescrit auparavant par le médecin généraliste. => <u>j'indique d'emblée au patient compte tenu de la BiAAP la "contre indication" de l'omeprazole et de l'esomeprazole compte tenu des interactions avec le clopidogrel. j'indique aussi la contre-indication des AINS dans la pathologie coronarienne et l'association aux AAP.</u> Parfois ponctuellement: VALACICLOVIR pour de l'herpès génital si besoin. <u>SAS appareillé en PPC.</u></p>
Compte rendu d'hospitalisation	Non
Traitement habituel d'après le compte rendu d'hospitalisation	
Traitements modifiés à l'admission	Non
Modifications	

Inventaire concret des boîtes blisters et du semainier

Relevé de dispensation d'une ordonnance non exhaustive des traitements pris

Pharmacien habituel

S'intéresser aux dispositifs médicaux « clandestins »

CAS CLINIQUE (2)

Patient de 59 ans, J20 post **IDM AE** vu tardivement compliqué d'**INSUFFISANCE CARDIAQUE**, de thrombus, et d'épanchement péricardique.

FEVG 25 %

Défibrillateur implanté le 28/09/2016

FDRCV : surpoids, HTA, syndrome d'apnée du sommeil appareillé, tabac, stress majeur post IDM.

Vient pour surveillance et ETP, contre indication actuelle à l'EE.

Habitus : marié, 1 enfant, coordonnateur de soins. Pas de charges physiques.

Objectifs du patient : se remettre, très anxieux, souhait de voir psycho, OK pour Lysanxia. Sait qu'il n'aura pas d'activités physiques importantes.

Objectifs médicaux : évaluation insuffisance cardiaque, troubles du rythme, évolution thrombus.

11/10/2016

Le patient est sous appareillage de VNI RESMED S9 AutoSet => concerné par l'alerte ANSM suite à l'essai SERVE HF. Le mode de ventilation auto asservie est contre-indiqué. Je demande au patient de me communiquer son carnet de suivi pour vérifier le mode de ventilation et je joins le pneumologue. => message laissé au secrétariat du pneumologue.

12/10/2016

12/10/16	STF	
<input checked="" type="checkbox"/> Visite régulière <input type="checkbox"/> Dépannage <input type="checkbox"/> Autre	Modèle PPC : S9 Nebosel CS Mode : <input type="checkbox"/> Autopiloté <input type="checkbox"/> Constant Réglages : Préf : 7 cmH ₂ O Pmin : 5 cmH ₂ O Pmax : 10 cmH ₂ O	Observance : 85 h/nuit
IA résiduel : 39 IH résiduel : 25 IAH résiduel : 6,4	Epworth : 3	Pichot : 3
Observations : Fuites a/c = 0 l/n		
Education thérapeutique :		

12/10/2016

Appel du patient pour l'informer des modifications du mode de ventilation nocturne en accord avec son pneumologue et l'intervention de l'HAD pour cette modification.



CAS CLINIQUE : LETTRE DE LIAISON (2)

Traitement de sortie :

CLOPIDOGREL + ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (DUOPLAVIN) 75 mg/75 mg comprimé – 1 comprimé le matin

BISOPROLOL (BISOCE) 2,5 mg comprimé– 1 comprimé matin et soir

RAMIPRIL 2,5 mg comprimé– 1 comprimé matin et soir

EPLERENONE 25MG comprimé – 1 comprimé le matin

ATORVASTATINE 80 mg comprimé – 1 comprimé le soir

TRINITRINE (NATISPRAY) - 0,3 mg/dose - sol buccale : 1 à 2 bouffée(s) sous la langue en cas de récurrence angineuse, en position assise

PARACETAMOL + OPIUM (IZALGI) 500MG/25MG gélule– 1 gélule matin, midi, soir et au coucher

BROMAZEPAM 1,5 mg comprimé – 1 comprimé matin, midi et au coucher

PANTOPRAZOLE (EUPANTOL) 20 mg comprimé– 1 comprimé le soir

La posologie des traitements a été adaptée à la clairance de la créatininémie.

Conciliation de sortie :

Stop PREVISCAN : non indiqué actuellement.

DUOPLAVIN (double anti agrégation plaquettaire) pour un an dans le contexte du SCA.

Ajout **BROMAZEPAM** et **IZALGY**.

Modification pendant le séjour par l'HAD du mode de ventilation du syndrome d'apnée du sommeil en PPC et non plus en mode auto asservi compte tenu de l'insuffisance cardiaque.

Pas de modification par ailleurs avec poursuite de : **ATORVASTATINE 80MG, EUPANTOL 20MG, BISOPROLOL 2.5MG, RAMIPRIL 2.5MG, EPLERONE 25MG.**

ALERTE DE SECURITE ANSM

13/05/2015

DM



ResMed

L'ANSM a été informée de la mise en œuvre d'une action de sécurité par la société RESMED LTD. Les utilisateurs concernés ont reçu le [courrier ci-joint. \(13/05/2015\) \(454 ko\)](#)

Urgent- information de sécurité

Risque augmenté de décès cardiovasculaire chez les patients insuffisants cardiaques chroniques symptomatiques avec une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) altérée, traités par Ventilation Auto Asservie (ASV)

Date: 13 Mai 2015

Distribution: Distributeurs de dispositifs de Ventilation Auto-Asservie (ASV)
Personnel médical et infirmier des établissements de soins
Prestataires de Santé à Domicile

Médecins :

Ces données soulèvent des questions de sécurité à l'égard des patients insuffisants cardiaques chroniques symptomatiques (NYHA 2-4) avec une fraction d'éjection du ventricule gauche altérée (FEVG \leq 45%) et traités par ASV. Cette population de patients évaluée dans l'essai SERVE-HF est désormais considérée à risque.

- Pour cette population à risque, une augmentation du risque de décès cardiovasculaire de 33,5% a été constatée chez les patients utilisant la thérapie ASV en comparaison avec les patients non traités (risque annuel absolu: 10% chez les patients du groupe ASV versus 7,5% dans le groupe contrôle).
- L'étude SERVE-HF n'a pas mis en évidence de bénéfice concernant l'utilisation de la thérapie ASV dans le groupe de patients à risque, insuffisants cardiaques systoliques chroniques.
- Les nouveaux patients identifiés à risque ne doivent pas utiliser la ventilation auto-asservie. L'ASV est maintenant contre-indiquée dans cette population de patients à risque.
- Avant de mettre de nouveaux patients sous ASV, chaque patient devra bénéficier d'une évaluation pour insuffisance cardiaque. En cas de signes et de symptômes d'insuffisance cardiaque, une évaluation objective de la FEVG doit être réalisée.



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

SEPTEMBER 17, 2015

VOL. 373 NO. 12

Adaptive Servo-Ventilation for Central Sleep Apnea in Systolic Heart Failure

Martin R. Cowie, M.D., Holger Woehrle, M.D., Karl Wegscheider, Ph.D., Christiane Angermann, M.D., Marie-Pia d'Ortho, M.D., Ph.D., Erland Erdmann, M.D., Patrick Levy, M.D., Ph.D., Anita K. Simonds, M.D., Virend K. Somers, M.D., Ph.D., Faiez Zannad, M.D., Ph.D., and Helmut Teschler, M.D.

RESULTS

In the adaptive servo-ventilation group, the mean AHI at 12 months was 6.6 events per hour. The incidence of the primary end point did not differ significantly between the adaptive servo-ventilation group and the control group (54.1% and 50.8%, respectively; hazard ratio, 1.13; 95% confidence interval [CI], 0.97 to 1.31; $P=0.10$). All-cause mortality and cardiovascular mortality were significantly higher in the adaptive servo-ventilation group than in the control group (hazard ratio for death from any cause, 1.28; 95% CI, 1.06 to 1.55; $P=0.01$; and hazard ratio for cardiovascular death, 1.34; 95% CI, 1.09 to 1.65; $P=0.006$).



CHANGEMENT DE MODE DE VENTILATION (3)

Remplacement valvulaire aortique par bioprothèse CE n°23 + triple pontage aorto-coronarien

Suites surcharge hydrosodée et épanchements pleural droit (+ 3-4kgs/poids sec) - **FEVG : 35%** à réévaluer (versus 46% pré op)

Athérome : IPS , TSA : sténose stade 1 carotide interne D et G

FDRCV ; hérédité, dyslipidémie, HTA, **SAS** **appareillé**, stress perso et pro

Mémo BG : attention surcharge hydrosodé - FEVG 35% et récupération ou non / **atelier insuffisance cardiaque** à réévaluer ... si insuffisance cardiaque **réévaluer bénéfique risque appareillage apnées du sommeil.**

Date	Nom de l'intervenant	Signature
07/11/16		
Nature de la visite : ... NRE tada		
Appareil : ... SG CS		Mode : ... ASV
Réglages : ... F AImin:3 AImax 10		
Passage Cst = 9cmH2O		
Humidificateur : <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui - type : ...		
Compteur : ... GGS8		
Observance moy. quotidienne depuis la dernière visite : ... 8,75h/nuit		
IA : ... 1,5	IH : ... 2,5	IAH : ... 4
Epworth : ... 2		Poids : ...
Interface : Type / Modèle / Taille ... Facial		
... Quattro FX taille M		
... F95.01/mn		
Observations et accompagnement thérapeutique :		
... chat mode suite demande		
... D.M. ... Borne observée		
... Révision mesurée pour		
... 9: 8,8 catheo		



CAS CLINIQUE : LETTRE DE LIAISON (3)

Traitement de sortie :

CLOPIDOGREL + ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (DUOPLAVIN) 75 mg/75 mg, comprimé pelliculé – 1 comprimé le matin

ATORVASTATINE 40 mg, comprimé pelliculé – 1 comprimé le soir

BISOPROLOL 2,5 mg, comprimé pelliculé sécable – 1 comprimé matin et soir

EPLERENONE 25 mg – 1 comprimé le matin

FUROSEMIDE 40 mg, comprimé sécable – 1 comprimé le matin

RAMIPRIL 5 mg, comprimé sécable – 1 comprimé matin et soir

TRINITRINE (NATISPRAY) - 0,3 mg/dose - sol buccale : 1 à 2 bouffée(s) sous la langue en cas de récurrence angineuse, en position assise

PARACETAMOL 1000 mg, comprimé – 1 comprimé matin, midi et soir

La posologie des traitements a été adaptée à la clairance de la créatininémie.

Conciliation de sortie :

Médicaments remplacés :

Stop KARDEGIC 75MG, KARDEGIC 160MG remplacé par DUOPLAVIN 75/75.

Stop BRILIQUE 90MG et PLAVIX 75MG remplacé par DUOPLAVIN 75/75.

Stop ATORVASTATINE 80MG remplacée par ATORVASTATINE 40MG.

Médicaments arrêtés : (absence d'indication actuelle)

Stop ESOMEPRAZOLE 20MG Stop KALEORID 1000MG.

Médicaments poursuivis :

Poursuite du FUROSEMIDE 40MG, BISOCE 2.5MG, EPLERENONE (INSPIRA) 25MG.

Médicaments dont la dose est majorée :

Majoration du RAMIPRIL à 5MG matin et soir.

Traitement modifié : mode de ventilation du SAS modifié par l'**HAD** pendant le séjour le 04/11/2016 avec passage du mode auto-asservi (contre-indiqué compte tenu de l'insuffisance cardiaque) au mode constant.



CONCILIATION « STENT ACTIF » SUR CORONAROGRAPHIE (4)

CONCLUSION

Lésions tritronculaires. Sus-décalage inférieur puis latéral.

Lésion intermédiaire à significative de l'artère interventriculaire antérieure proximale (bifurcation).

Lésion intermédiaire courte de l'artère interventriculaire antérieure distale.

Occlusion aiguë de la première diagonale.

Lésion intermédiaire de la partie distale de l'artère circonflexe moyenne.

Lésion intermédiaire de l'ostium de la première marginale.

Sténose significative longue de l'ostium de l'artère coronaire droite proximale.

Sténose significative de l'ostium de l'artère interventriculaire postérieure.

Succès de recanalisation de la première diagonale avec implantation d'un stent actif.

Succès d'angioplastie de l'ostium de l'artère coronaire droite avec implantation d'un stent actif.

Agrastat per-procédure suite à des vomissements.

Bithérapie AAP par Ticagrélor et Kardégic 75 pendant 1 an (SCA).



CONCILIATION « STENT ACTIF » (4)

CONCILIATION D'ENTREE

29/09/2016

Utilisation d'un pilulier ou d'un semainier	Oui
Bilan des boîtes de médicaments	Oui
Liste des boites	idem facturette
Facturette de l'ordonnance	Oui
Liste des traitements délivrés d'après la facturette	K75 le midi ator 80 le soir bisoce 2.5 1 matin et soir ramipril 2.5 matin et soir brilique 1 matin et soir esomeprazole 20 + protocole colcot + natispray
Nom et ville du pharmacien d'officine habituel	
Déclaration du patient	Oui
Traitements déclarés par le patient	idem facturette + phosphlugel si mal à l'estomac et doliprane
Compte rendu d'hospitalisation	Non
Traitement habituel d'après le compte rendu d'hospitalisation	
Traitements modifiés à l'admission	Oui
Modifications	eso--> panto k75 le matin instauration patch de nicotine

ORDONNANCE DE SORTIE

ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (ASPIRINE PROTECT)100mg cp 1 le matin
TICAGRELOR (BRILIQUE) 90mg cp 1 matin et soir
BISOPROLOL 2.5mg cp 1 matin et soir
RAMIPRIL 5mg cp 1 matin et soir
ATORVASTATINE 80mg cp 1 le soir
PROTOCOLE COLCOT (colchicine ou placebo) cp 1 matin
TRINITRINE (NATISPRAY) 0.30mg/dose si besoin
ESOMEPRAZOLE 20mg cp 1 le soir

CONCILIATION DE SORTIE

Poursuite ATORVASTATINE 80 BISOCE 2.5 BRILIQUE
Poursuite du PROTOCOLE COLCOT
Reprise de l'ESOMEPRAZOLE 20
Majoration du RAMIPRILde 2.5 MG à 5 MG x 2 par jour
Stop KARDEGIC 75MG remplacé par ASPIRINE PROTECT 100MG
Association ASPIRINE PROTECT et BRILIQUE pendant un an puis ASPIRINE PROTECT à vie.

CONCILIATION DE SORTIE

Lettre de liaison

Ordonnance de sortie

Bilan lipidique : triglycérides : 0.81 g/l, cholestérol : 1.01 g/l, HDL : 0.36 g/l, LDL : 0.51 g/l
CPK : 57 UI/L

AU TOTAL : réadaptation cardiovasculaire à la suite d'un IDM inférieur inaugural traité par revascularisation à la phase aiguë de la CD2 avec 1 stent actif.
- Séjour sans complication et participation à un programme d'éducation thérapeutique avec comme objectif : excès de poids et gestion du stress.
- Test d'effort de sortie 100W 2 minutes 68% de la FMI négative cliniquement et ECG.
- Fraction d'éjection du ventricule gauche évaluée à 60% et péricarde sec.
- Bilan athéromateux : IPS normaux, TSA sténose 30% de la CID, EDMI normaux.
- Evolution des facteurs de risque : poids stable pendant le séjour avec objectif cible de 58 kg. La patiente bénéficie de séance de psychologie en individuel avec EMDR.
- Bonnes connaissances de la maladie, des facteurs de risque, du traitement.
- Examens à prévoir : bilan lipidique, hépatique et CPK dans 3 mois.
- Suivi organisé : médecin traitant Dr dans un mois, cardiologue traitant Dr dans 3 mois.

Conseils de sortie :

- Poursuite des activités physiques régulières d'endurance douce, en évitant le port de charges lourdes et tout effort violent pendant encore 1 mois. Altitude limitée à 2000 mètres pendant 3 mois.
- Reprise professionnelle immédiate.
- Objectifs fixés : Poids < 58 kg dans un délai de 6 mois; Triglycérides < 1.50 g/l ; LDL-cholestérol < 0.7 g/l ; HDL-cholestérol > 0.45 g/l
- Régime : Graisses/Hypocholestérolémiant Amaigrissant

Traitement de sortie :

ACETYLSALICYLATE DE DL-LYSINE (KARDEGIC) 75 mg sachet-dose – 1 sachet le matin
TICAGRELOL (BRILIQUE) 90 mg comprimé – 1 comprimé matin et soir
BISOPROLOL (BISOCE) 10 mg comprimé – 1 comprimé le matin
RAMIPRIL 2,5 mg comprimé – 1 comprimé le soir
ATORVASTATINE 80 mg comprimé – 1 comprimé le soir
TRINITRINE (NATISPRAY) - 0,3 mg/dose - sol buccale : 1 à 2 bouffée(s) sous la langue en cas de récurrence angineuse, en position assise
LEVOTHYROXINE SODIQUE (LEVOTHYROX) 50 microgrammes comprimé – 1 comprimé le matin

La posologie des traitements a été adaptée à la clairance de la créatininémie.

Conciliation de sortie :

BISOPROLOL en 1 prise : BISOPROLOL 5MG remplacé par BISOPROLOL 10MG.
Association KARDEGIC et BRILIQUE pour au moins un an puis KARDEGIC à vie.
Natispray revu et au point.
Stop ESOMEPRAZOLE.

Vous remerciant de votre confiance et restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie de croire, cher Confrère, à l'assurance de nos salutations les meilleures.

Infection nosocomiale : non BMR ; non Participation à une étude clinique : non

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)

ACETYLSALICYLATE DE DL-LYSINE (KARDEGIC) 75 mg sachet-dose – 1 sachet le matin
TICAGRELOL (BRILIQUE) 90 mg comprimé – 1 comprimé matin et soir
BISOPROLOL (BISOCE) 10 mg comprimé – 1 comprimé le matin
RAMIPRIL 2,5 mg comprimé – 1 comprimé le soir
ATORVASTATINE 80 mg comprimé – 1 comprimé le soir
TRINITRINE (NATISPRAY) - 0,3 mg/dose - sol buccale : 1 à 2 bouffée(s) sous la langue en cas de récurrence angineuse, en position assise
LEVOTHYROXINE SODIQUE (LEVOTHYROX) 50 microgrammes comprimé – 1 comprimé le matin

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée reconnue (MALADIES INTERCURRENTES)

Conciliation de sortie :

BISOPROLOL en 1 prise : BISOPROLOL 5MG remplacé par BISOPROLOL 10MG.
Association KARDEGIC et BRILIQUE pour au moins un an puis KARDEGIC à vie.
Natispray revu et au point.
Stop ESOMEPRAZOLE.

QSP 1 mois

Docteur **Orso-François LAVEZZI**
Cardiologue

le 13 octobre 2016

DOCUMENT DU PATIENT (5)

Hypertension	Dr L.	Contrôlée depuis 1975 Moyenne 13,5/9	aténatol 50 : 1 c le matin Cokenzen 16 : 1 c le matin
Cholestérol		Depuis 1975	pravastatine 20 : 1 c le soir
Arthrose		Depuis 1980	Piasclédine 300 : 1 c le soir
Ulcération œsophagienne Surveillance colon	Dr C.	Depuis fin 1975 Prochaine coloscopie début 2017	Lansoprazole 15 : 1 c le soir fibro et coloscopies
polyarthralgie rhumatismes inflammatoires	Dr Q. ...	Depuis juin 2008	Novatrex 2,5mg : 6 C par semaine, 4 depuis 08/14, 3 depuis 01/16 codoliprane 400 en cas de douleurs, buprénifène en cas de crise Bilan sanguin mensuel
carcinomes & mélanomes cutanés	Dr N. dermatologue Dr LE. chirurgien	Depuis environ 2000	Brûlage à l'azote ou au laser Ablations chirurgicales
Sinusite bronchite chronique acouphènes	Dr F. ..., ORL	2014	pneumopathie en octobre 2014 Prorhinel spray : 3 fois par jour Nasonex 50 : 1 pulvérisation le matin si très bouché
polyglobulie	CH Ch service hématologie Dr TC.	Depuis mai 2015	Aspégic nourrissons 100 : 1 sachet le matin saignées bilan sanguin mensuel

16 avril 2016

CONCILIATION D'ENTREE (5)

Conciliation médicamenteuse d'entrée V2	
13/10/2016	
Utilisation d'un pilulier ou d'un semainier	Non
Bilan des boîtes de médicaments	Oui
Liste des boîtes	XARELTO 15MG depuis le 01/04 substitué depuis l'hospitalisation à par de la WARFARINE que le patient n'a pas encore repéré FUROSEMIDE 40MG ne lui évoque rien CANDESARTAN/HCTZ 16/12.5 pour la tension TENORMINE 50MG (dans conditionnement bricolé du patient en vrac pour déconditionner) pour la tension PRAVASTATINE 20MG pour le cholestérol LANZOR 15MG pour l'estomac: j'ai fait 3 ulcères en 1970 NOVATREX 2.5MG pour des rhumatismes articulaire: polyarthralgies rhumatismales inflammatoires (noté sur son document de mémorisation) DOLIPRANE 1000MG pour migraine et douleur ordinaire CODOLIPRANE 400/20 en appui du NOVATREX PIASCLEDINE 300MG pour l'arthrose
Facturette de l'ordonnance	Oui
Liste des traitements délivrés d'après la facturette	ordonnance vue: celle de la rhumato pour le NOVATREX. Celle de préopératoire: ATENOLOL 50MG CANDESARTAN/HCTZ 16/12.5 LANZOR 15MG PRAVASTATINE 15MG PIASCLEDINE 300MG XARELTO 15MG FUROSEMIDE 40MG
Nom et ville du pharmacien d'officine habituel	
Déclaration du patient	Oui
Traitements déclarés par le patient	avait aussi BIPROFENID pour ses douleurs mais savait qu'il ne peut plus l'utiliser. le NOVATREX le prenait 1 fois par semaine 3 cp (l'a arrêté depuis le 30/09: sous le conseil de la rhumato le temps d'être opéré) + les commentaires mis en regard des boîtes. Le patient a un document qu'il me présente sur lequel il indique la pathologie, la date de début, le médecin prescripteur et les médicaments. Le patient fait lui même sa propre conciliation.
Compte rendu d'hospitalisation	Oui
Traitement habituel d'après le compte rendu d'hospitalisation	XARELTO 15MG ATENOLOL 50MG COKENZEN 16/12.5 LASILIX 40MG LANZOPRAZOLE 15MG PRAVASTATINE 20MG PIASCLEDINE 300MG
Traitements modifiés à l'admission	Oui
Modifications	Ajout TOPALGIC LP 100MG

Patient ayant bénéficié d'un remplacement valvulaire aortique mécanique.
Il avait auparavant des ATCD de FA sous anticoagulant par XARELTO.

Quels messages peut-on déjà envisager compte tenu des informations consignées à l'admission?



CONCILIATION DE SORTIE (5)

- Stop RIVAROXABAN (XARELTO) remplacé par WARFARINE (COUMADINE) définitivement **compte tenu de la valve cardiaque mécanique**
- Eviter l'ASPIRINE, le BI-PROFENID et tous les AINS (anti inflammatoires non stéroïdiens) compte tenu de la prise chronique d'anticoagulant oral et des antécédents d'ulcère
- Préférer le DOLIPRANE et le CO-DOLIPRANE pour le contrôle des douleurs en étant attentif au cumul de dose de PARACETAMOL
- Poursuite au long cours d'un IPP (LANZOPRAZOLE) compte tenu des antécédents d'ulcère et du traitement anticoagulant oral permanent

