Logo de l’établissement

**Fiche de conciliation médicamenteuse d'entrée**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom/prénom du patient :**  **Date de naissance :** | | | | | | **UF ou service d’hospitalisation :** | | | | |
| Consentement oral du patient avant prise de contact avec les professionnels de santé en ville : oui / non | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Pharmacie de ville :** | | | | | | Tel./fax : | | | | |
| **Médecin traitant :** | | | | | | Tel./fax : | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Sources à rechercher en respectant impérativement l’ordre** : 1/ Établissement d’amont ; 2/ SAU ; 3/ CPA ; 4/ DP ; 5/ Ordonnances papier ; 6/ TRT personnels (boîtes) ; 7/ Officine (par tel ou fax) ; 8/ Médecin traitant ou spécialiste (par tel) ; 9/ Patient ; 10/famille | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | **Bilan Médicamenteux** | | | | | **Devenir\*** | **Ordonnance Médicale à l’Admission** | | | |
| **N° sources** | **DCI (princeps) – Dosage** | | | **Posologie** | | **DCI (princeps) – Dosage** | | | **Posologie** |
|  |  | | |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  | |  |  | | |  |
|  |  | | |  | |  |  | | |  |
| \* Traitement Arrêté (A), Modifié (M), Suspendu (S), Remplacé (R), Conservé (C)  SAU : Service Accueil Urgences/ CPA : Consultation Pré-Anesthésie / TRT : Traitement | | | | | | | | | | |
| Commentaires**:** | | | | | | | | | | |
| **Statut vaccinal du patient** | | | | | | | | | | |
| **N° sources** |  | Patient à jour ? | | | Si oui : date de la vaccination | | | | Si non : recul de l’information | |
|  | **Grippe** | ❑ Oui ❑ Non | | |  | | | |  | |
|  | **Pneumocoque** | ❑ Oui ❑ Non | | | ❑ Prevenar 13®  : .…/…./………  ❑ Pneumovax® : …/…./……… | | | |  | |
|  | **DTP/Coqueluche** | ❑ Oui ❑ Non | | | .…/…./……… | | | |  | |
|  | **Zona** | ❑ Oui ❑ Non | | | .…/…./……… | | | |  | |
|  | **COVID-19** | ❑ Oui ❑ Non | | | Dernière dose : .…/…./……… | | | |  | |
| **Le patient est-il opposé à la vaccination ?** | | | ❑ Oui pour tous les vaccins  ❑ Oui pour : ……………………………………………….. | | | | | ❑Non  ❑Ne sait pas | | |