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 |