**Courrier de conciliation médicamenteuse en sortie d’hospitalisation**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Service** |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Patient** | Nom, prénom : | | | | | | | | |  | **Motif d’hospitalisation** | | | |
| Date de naissance : | | | | | | | | |  |  | | | |
| Poids, taille : | | | | | | | | |  |
| DFG (ml/min/1,73m²) : | | | | | | | | |  |
| **Autres données biologiques :** Résultats bio pertinents (par rapport aux traitements) : | | | | | | | | |  | Date d’entrée | | |  |
| Date de sortie | | |  |
| Durée | | | … jours |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pharmacie de ville** | **Nom :** | | | | |  | **Médecin traitant** | | **Nom :** | | | | | |
| Commune : | | | | |  | Commune : | | | | | |
| Téléphone : | | | | |  | Téléphone : | | | | | |
| Fax : | | | | |  | Fax : | | | | | |
| Email : | | | | |  | email : | | | | | |
| MSSANTE : | | | | |  | MSSANTE : | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cher confrère, chère consoeur, votre patient(e) a été hospitalisé(e) [NOM ÉTABLISSEMENT]. Nous vous informons par la présente des modifications effectuées durant son séjour hospitalier.  Pour toutes questions, contacter la pharmacie en charge de l'activité de conciliation : [tél] / [fax]** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **AVANT hospitalisation** | | | | | | | Devenir | | **APRÈS hospitalisation** | | | | | |
| **DCI (Princeps) – Dosage** | | | | Posologie | | | **DCI (Princeps) – Dosage** | | | | Posologie | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUT VACCINAL DU PATIENT** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Patient à jour | | | Date et nom du vaccin reçu | | | | **Date du prochain rappel** | | | | Commentaire\* | |
| **Grippe** | |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| **Pneumocoque** | |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| **dTP/Coqueluche** | |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| **COVID-19** | |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| **Zona** | |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| \*patient déjà à jour à l'entrée, mise à jour pendant l'hospitalisation, vaccination à faire en ville/prescrite sur l'ordonnance de sortie | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sources utilisées pour la conciliation d’entrée** | | | | | **Commentaires admission** | | | | **Commentaires sortie** | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pharmacien hospitalier :**  **Externe  :** | | |  | | | | | **Médecin/interne en médecine :** | | | |  | | |

**Courrier de conciliation médicamenteuse**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Service** |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Patient** | Nom, prénom : | | | | | | | | | |  | **Motif d’hospitalisation** | | | |
| Date de naissance : | | | | | | | | | |  |  | | | |
| Poids, taille : | | | | | | | | | |  |
| DFG (ml/min/1,73m²) : | | | | | | | | | |  |
| **Autres données biologiques :** Résultats bio pertinents (par rapport aux traitements) : | | | | | | | | | |  | Date d’entrée | | |  |
| Date de sortie | | |  |
| Durée | | | … jours |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pharmacie de ville** | **Nom :** | | | | | |  | **Médecin traitant** | | **Nom :** | | | | | |
| Commune : | | | | | |  | Commune : | | | | | |
| Téléphone : | | | | | |  | Téléphone : | | | | | |
| Fax : | | | | | |  | Fax : | | | | | |
| Email : | | | | | |  | email : | | | | | |
| MSSANTE : | | | | | |  | MSSANTE : | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cher confrère, chère consoeur, votre patient(e) a été hospitalisé(e) [NOM ÉTABLISSEMENT]. Nous vous informons par la présente des modifications effectuées durant son séjour hospitalier.  Pour toutes questions, contacter la pharmacie en charge de l'activité de conciliation : [tél] / [fax]** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AVANT hospitalisation** | | | | | | | | Devenir | | **APRÈS hospitalisation** | | | | | |
| **DCI (Princeps) – Dosage** | | | | Posologie | | | | **DCI (Princeps) – Dosage** | | | | Posologie | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUT VACCINAL DU PATIENT** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Patient à jour | | | | Date et nom du vaccin reçu | | | | **Date du prochain rappel** | | | | Commentaire\* | |
| **Grippe** | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| **Pneumocoque** | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| **dTP/Coqueluche** | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| **COVID-19** | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| **Zona** | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| \*patient déjà à jour à l'entrée, mise à jour pendant l'hospitalisation, vaccination à faire en ville/prescrite sur l'ordonnance de sortie | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sources utilisées pour la conciliation d’entrée** | | | | | **Commentaires admission/sortie** | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pharmacien hospitalier :**  **Externe  :** | | |  | | | | | | **Médecin/interne en médecine :** | | | |  | | |