**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 :**  |  |