



Nom de l'établissement :

N° FINESS :

BILAN MEDICAMENTEUX

Cher confrère, votre patient(e) [Madame/Monsieur] [NOM/Prénom], né(e) le [jj/mm/aaaa], a été hospitalisé(e) dans le service [nom du service]. Au cours de son séjour, il/elle a bénéficié de la réalisation d'un bilan médicamenteux, qui correspond à la synthèse de tous les traitements pris et à prendre par le(a) patient(e). Vous trouverez ci-joint leur synthèse.

Moment de réalisation : Admission hospitalière En cours de séjour Sortie hospitalière HDJ / consultation externe

Sources consultées au cours du recueil de données :

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Patient | <input type="checkbox"/> Pharmacie d'officine | <input type="checkbox"/> Entourage | <input type="checkbox"/> DP / DMP |
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Ordonnance(s) | <input type="checkbox"/> IDE | <input type="checkbox"/> DPI |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste(s) | <input type="checkbox"/> Médicaments apportés | <input type="checkbox"/> EHPAD | <input type="checkbox"/> Autre(s) |

Autonomie du patient relative à la prise des traitements : Autonome Non autonome (aidant, IDE à domicile...)

Les traitements pris et à prendre par le(a) patient(e) sont les suivants :

BILAN MEDICAMENTEUX		
Libellé	Posologie	Commentaires <small>Modalités de prise, informations sur les modifications de traitements</small>

Libellé	Posologie	Commentaires Modalités de prise, informations sur les modifications de traitements

Vaccinations : A jour Non connues A faire :

Informations complémentaires (*texte libre*) :

« **Evaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux** » – questionnaire Assurance maladie ([lien](#)) : Bon observant Non observant mineur Non observant

Réalisé par :	Fonction :	Date :
Validé par :	Fonction :	Date :