|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | N° FINESS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

****

COMPTE RENDU DE CONSULTATION PLURIPROFESSIONNELLE

Séance d’hôpital de jour le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

intervenants : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cher(ère) confrère, votre patient(e) Choisissez un élément. *Prénom, NOM* (Choisissez un élément.), né(e) le *jj/mm/aaaa* (âge : *\_\_* ans) a bénéficié d’une hospitalisation de jour au Centre de prévention et de prise en charge de l’iatrogénie médicamenteuse (CEPPIM), car identifié comme étant un patient à risque d’iatrogénie médicamenteuse.

Il a été pris en charge dans notre centre par Choisissez un élément. professionnels de santé, bénéficiant ainsi d’un bilan médical, pharmaceutique, Choisissez un élément.et Choisissez un élément.

Adressage : Choisissez un élément.

Motif de consultation CEPPIM : Choisissez un élément. Choisissez un élément.

RCP Ville-Hôpital : Oui ☐ Non ☐

Suivi CEPPIM : Oui ☐ Non ☐

INFORMATIONS PATIENT

|  |  |
| --- | --- |
| Personne de confiance | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Médecin traitant | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Pharmacie d’officine | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Autres professionnels de santé  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Pathologies en cours | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Antécédents | Personnels  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Familiaux | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|
| Allergies/hypersensibilités | Non ☐ Oui ☐ Ne sait pas ☐ Préciser :  |
| Vaccinations | Grippe : Oui ☐ Non ☐ ne sait pas ☐ Covid : Oui ☐ Non ☐ ne sait pas ☐ Pneumocoque : Oui ☐ Non ☐ ne sait pas ☐ Rappel DTP : Oui ☐ Non ☐  |

|  |  |
| --- | --- |
| Situation familiale | Choisissez un élément.Choisissez un élément. |
| Logement | Choisissez un élément. |
| Zone de vie | Choisissez un élément. |
| Situation professionnelle | Choisissez un élément. |
| Mode de vie  | Alcool : Oui ☐ Non ☐ Sevré ☐ Souhait de sevrage ☐Tabac : Oui ☐ Non ☐ Sevré ☐ Souhait de sevrage ☐  |
| Antibiothérapie récente (<3mois) | Oui ☐ Non ☐ préciser :  |
| Plaintes principales du patient | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

DONNEES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

|  |
| --- |
| BILAN CLINIQUE (Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.) |
| Poids (kg) |  | **Taille (m)** |  |
| Surface corporelle (m²) |  | **IMC (kg/m²)** |  |
| TAS/TAD (mmHg) |  | **FEVG (%)** |  |
| Autre |  |

|  |
| --- |
| BILAN BIOLOGIQUE (Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.)  |
| Hb (g/L) |  | **ASAT (UI/L)** |  |
| GR (T/L) |  | **ALAT (UI/L)** |  |
| GB (G/L) |  | **GGT (UI/L)** |  |
| PNN (G/L) |  | **PAL (UI/L)** |  |
| Plaquettes (G/L) |  | **Créatinine (µM)** |  |
| CRP (mg/L) |  | **Clairance (mL/min)** |  (Cockroft) – (MDRD) |
| Glucose (mM) |  | **Potassium (mM)** |  |
| Albumine (g/L) |  | **Sodium (mM)** |  |
| TSH (mUI/L) |  | **Calcium corrigé (mM)** |  |
| NT Pro BNP (ng/L) |  | **Vit D3 (nmol/L)** |  |
| HbA1c (%) |  | **Vit B9 (ng/mL)** |  |
| CST (%) |  | **Vit B12 (pg/mL)** |  |
| Cholesterol (g/L) |  | **Triglycérides (g/L)** |  |
| LDL (g/L) |  | **HDL (g/L)** |  |

1. BILAN MÉDICAL

Examen : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Conclusion médicale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. BILAN PHARMACEUTIQUE

|  |
| --- |
| **BILAN MÉDICAMENTEUX** (Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.) |
| Libellé | Posologie | Commentaires |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Automédication ☐  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Automédication ☐  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Automédication ☐  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Automédication ☐  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Automédication ☐  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Nombre de lignes de traitement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**CAPACITÉS ORGANISATIONNELLES – GESTION DES TRAITEMENTS**

☐ Autonome ☐ Tiers (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Troubles de la déglutition Oui ☐ Non ☐

**CONNAISSANCES/COMPÉTENCES DU PATIENT ET THÉRAPEUTIQUES (ou connaissance et thérapeutiques du patient)**

Connaissance (pathologie, indication/objectifs des traitements, posologie et modalités de prise, suivi et surveillance : Choisissez un élément.

Adhésion du patient *: bien observant* ☐ *faiblement observant* ☐  *non observant* ☐

*Questionnaire de GIRERD (1pt par réponse négative) \**

Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà été en panne de médicaments ? Oui ☐ Non ☐

Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l’heure habituelle ? Oui ☐ Non ☐

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? Oui ☐ Non ☐

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l’impression que le traitement vous fait plus de mal que de bien ? Oui ☐ Non ☐

Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ? Oui ☐ Non ☐

Total réponse(s) négative(s) : ☐ =6 ☐ 4 ou 5 ☐ ≤ 3

*\*Plus le nombre de points est faible, plus il dénote un manque d’observance du patient :*

*Bonne observance = 6 – Faible observance = 4 à 5 – Non-observance ≤ 3.*

Score STOPP/START V3 :

Evaluation de la Charge Anticholinergique :

Charge totale anticholinergique CIA :

(Imprégnation anticholinergique considérée élevée si score ≥5)

Charge totale anticholinergique ACB :

(Impact cognitif global considéré significatif si score ≥ 4)

Remise de documents et/ou d’outils : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**AVIS PHARMACEUTIQUE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PROBLEMES LIES A LA THERAPEUTIQUE | DESCRIPTION | TRAITEMENT(S) INCRIMINE(S) | PRECONISATION PRINCIPALE | MISE EN ŒUVRE |
| Propositions prioritaires |
| Choisissez un élément.Choisissez un élément. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. |
| Choisissez un élément.Choisissez un élément. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. |
| Choisissez un élément.Choisissez un élément. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. |
| Autres propositions |
| Choisissez un élément. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Choisissez un élément. |

Commentaire général :

1. BILAN Choisissez un élément.
2. BILAN Choisissez un élément.

**Synthèse médico-pharmaceutique :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Réalisé par : | Nom, Prénom, Fonction | Date : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |