Nom de l’établissement :



Logo de

l’établissement

N° FINESS : Coordonnées :

**FORMULAIRE DE CONCILIATION DE SORTIE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX**

**Identification patient** : Nom/Prénom : Date de naissance : Identité Nationale de Santé (INS) :

Identifiant d’Episode du Patient (IEP) : Unité fonctionnelle (UF) responsable : Date d’entrée : Date de sortie :

**Sources consultées au cours du recueil de données et contacts :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patient | Spécialiste(s) | Ordonnances(s) | IDE | Entourage | DPI | Autres *(préciser)* : |
| Médecin Traitant | Pharmacien d'officine | DP | EHPAD | DMP | Médicaments apportés |  |

**Présence du patient lors du recueil de données :**   Oui  Non **Présence d’un aidant lors du recueil de données :**  Oui  Non

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BILAN MEDICAMENTEUX INITIAL** | | **STATUT**  Arrêté, suspendu, modifié, poursuivi… | **BILAN MEDICAMENTEUX DE SORTIE** | | **COMMENTAIRE INDIVIDUALISÉ POUR CHAQUE TRAITEMENT**  Modalités de prise, informations sur les modifications récentes, durée du traitement / date du début et de fin, conditions … | **Prescrit sur l’ordonnance de sortie**  Oui/Non |
| **Identification du médicament**  (Dénomination, forme, dosage, voie d’administration) | **Posologie** | **Identification du médicament**  (Dénomination, forme, dosage, voie d’administration) | **Posologie** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Vaccinations :**  A jour  Non connues  A faire :

**Allergies / Hypersensibilités :**  Aucune connue  Pas d’information  Présence d’allergies et/ou hypersensibilités présumées :  Présence d’allergies et/ou hypersensibilités avérées :

**Commentaire général sur le bilan médicamenteux et points de vigilance** *(texte libre)* :

**« Evaluation de l’observance d’un traitement médicamenteux »** – questionnaire Assurance maladie ([lien](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5074/document/evaluation-observance-traitement_assurance-maladie.pdf)) :  Bon observant  Non observant mineur  Non observant



*Modèle proposé par l’OMéDIT PACA-Corse Juillet 2024, MàJ Septembre 2025*

**Réalisée par : Fonction : Date :**

**Validée par : Fonction : Date :**