

## FORMULAIRE DE CONCILIATION DE SORTIE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

**Identification patient :** Nom/Prénom : NOM / Prénom Date de naissance : 01/01/1900 Identité Nationale de Santé (INS) : INS  
Identifiant d'Episode du Patient (IEP) : IEP Unité fonctionnelle (UF) responsable : UF Date d'entrée : 01/09/2025 Date de sortie : 05/09/2025

**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		
Acide acétylsalicylique (KARDEGIC®), 75 mg, sachet, par voie orale	1 sachet, 1 fois par jour, le midi	Poursuivi	Acide acétylsalicylique (KARDEGIC®), 75 mg, sachet, par voie orale	1 sachet, 1 fois par jour, le midi	/	Oui
Amoxicilline, 1 g, poudre pour solution injectable, par voie IV	1 g, toutes les 8H, pendant 7 jours, du 01/09/25 au 08/09/25	Modifié	Amoxicilline 1 g, gélule, par voie orale	1 g, toutes les 8H, pendant 3 jours, du 05/09/25 au 08/09/25	Relais per os le 05/09/25. Fin de traitement le 08/07/25.	Oui
Méthotrexate, 10 mg, Cp, par voie orale	1 Cp, 1 fois par semaine, le jeudi matin	Suspendu	Méthotrexate, 10 mg, Cp, par voie orale	1 Cp, 1 fois par semaine, le jeudi matin	Suspendu le temps de l'intervention, reprise prévue le 10/09/25.	Oui
Acide folique, 5 mg, Cp, par voie orale	5 mg, 1 fois par semaine, le samedi matin	Suspendu	Acide folique, 5 mg, Cp, par voie orale	5 mg, 1 fois par semaine, le samedi matin	Suspendu en même temps que le méthotrexate, reprise prévue le 12/09/25.	Oui
Amiodarone, 200 mg, Cp, par voie orale	1 Cp, 1 fois par jour, 5 jours sur 7, le matin	Poursuivi	Amiodarone, 200 mg, Cp, par voie orale	1 Cp, 1 fois par jour, 5 jours sur 7, le matin	Troubles de la déglutition, médicament à écraser. Tous les jours, hors week-end.	Oui
Pembrolizumab (KEYTRUDA®), 250 mg/mL solution à diluer pour perfusion, par voie IV	200 mg, en perfusion intraveineuse de 30 min, toutes les 3 semaines	Poursuivi	Pembrolizumab (KEYTRUDA®), 250 mg/mL solution à diluer pour perfusion, par voie IV	200 mg, en perfusion intraveineuse de 30 min, toutes les 3 semaines	Prochaine cure prévue le 19/09/25	Non
Trimébutine, 200 mg, Cp, par voie orale	200 mg, toutes les 8H, si besoin	Substitution	Phloroglucinol, 80 mg, Cp, par voie orale	1 à 2 Cp, toutes les 8H, si besoin	Si douleurs intestinales. Rupture d'approvisionnement, relais.	Oui

**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) :**

NB : les traitements ici présentés ne sont donnés qu'à titre d'exemple

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

Réalisée par : NOM/Prénom Fonction : Interne en pharmacie Date : 05/09/2025

Validée par : NOM/Prénom Fonction : Pharmacien Date : 05/09/2025