**BILAN MEDICAMENTEUX**

**Logo de**

**l’établissement**



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

**Présence du patient** : [ ]  Oui [ ] Non

**Présence d’un aidant** : [ ]  Oui [ ] Non

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Patient[ ]  Médecin traitant [ ]  Spécialiste(s)  | [ ]  Pharmacie d’officine[ ]  Ordonnance(s) [ ]  Médicaments apportés | [ ]  Entourage[ ]  IDE[ ]  EHPAD  | [ ]  DP / DMP[ ]  DPI[ ]  Autre(s) |

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

**Troubles de la déglutition** : [ ]  Non [ ]  Oui

**Médicaments écrasés** : [ ]  Non [ ]  Oui : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |
| --- | --- |
|  **Allergies/hypersensibilités** : | [ ]  Pas d’information sur les allergies et hypersensibilités[ ]  Pas d’allergie ni d’hypersensibilité connues[ ]  Présence d’allergies présumées et/ou hypersensibilités : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.[ ]  Présence d’allergies avérées et/ou hypersensibilités : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

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

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

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

|  |
| --- |
| **TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX** |
| **Identification du médicament (dénomination, forme, dosage, voie d’administration)** | **Posologie** | **Commentaire individualisé pour chaque traitement**Modalités de prise, durée du traitement / date du début et de fin du traitement, informations sur les modifications récentes … |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification du médicament (dénomination, forme, dosage, voie d’administration)** | **Posologie** | **Commentaire individualisé pour chaque traitement**Modalités de prise, durée du traitement / date du début et de fin du traitement, informations sur les modifications récentes … |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Commentaire général sur le bilan médicamenteux** *(texte libre)* :

**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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Réalisé par :** |  | **Fonction :** |  | **Date :** |  |
|  |
| **Validé par :** |  | **Fonction :** |  | **Date :** |  |

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