**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*