



Nom de l'établissement : OMéDIT PACA-Corse

N° FINESS : 123456789

Coordonnées : 04 91 23 45 67

BILAN MEDICAMENTEUX

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 | ☒ Pharmacie d'officine | ☐ Entourage | ☐ DP / DMP |
| ☐ Médecin traitant | ☒ Ordonnance(s) | ☐ IDE | ☒ DPI |
| ☐ Spécialiste(s) | ☐ Médicaments apportés | ☐ EHPAD | ☐ 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 :

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, conditions, informations sur les modifications récentes ...
Acide acétylsalicylique (KARDEGIC®), 75 mg, sachet, par voie orale	1 sachet, 1 fois par jour, le midi	/
Amoxicilline, 1 g, poudre pour solution injectable, par voie IV	1 g, toutes les 8 heures, pendant 7 jours	Du 01/09/2025 au 08/09/2025
Méthotrexate, 10 mg, Cp, par voie orale	1 Cp, 1 fois par semaine, le jeudi matin	/
Acide folique, 5 mg, Cp, par voie orale	5 mg, 1 fois par semaine, le samedi matin	/
Amiodarone, 200 mg, Cp, par voie orale	1 Cp, 1 fois par jour, 5 jours sur 7, le matin, tous les jours de la semaine hors week-end	Troubles de la déglutition, médicament à écraser
Pembrolizumab (KEYTRUDA®), 25 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 19/09/2025
Trimébutine, 200 mg, Cp, par voie orale	200 mg, toutes les 8 heures, si besoin	Si douleurs intestinales
/	/	/
/	/	/
/	/	/

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, conditions, informations sur les modifications récentes ...
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/

Commentaire général sur le bilan médicamenteux (texte libre) :

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

Réalisé par :	NOM/Prénom	Fonction :	Externe en pharmacie	Date :	02/09/2025
Validé par :	NOM/Prénom	Fonction :	Pharmacien	Date :	02/09/2025