

**Patient :** , ne (é) le IPP: Date d'entrée :

UF hébergement :

**Allergies médicamenteuses:** []

**Poids :** kg **Fonction rénale :** (Cl. de créatinine) [] ml / mn

**Professionnels de santé :**

Méd. Traitant + tél: []

Pharmacien référent + tél :[]

Méd. Spécialiste + tél :[]

**Lieu de vie :** [] Seul au domicile [] Accompagné au domicile (époux (se), famille)  
 [] Institution: []

**Qui gère le traitement médicamenteux:** []

**Origine des informations:** date: [] téléphones :

- Médecin traitant :  Pharmacien référent  Patient Autre: []
- Institution  Médecin traitant  Famille
- Médecin spécialiste  Institution  Aidant: []

<u>Traitement avant hospit., automédication</u>			<u>Traitement à l'entrée</u>		
<b>Médicament nom, forme, dosage</b>	<b>Posologie</b>	<b>Statut</b>	<b>Médicament nom, forme, dosage</b>	<b>Posologie</b>	v/x
					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15
					16
					17
					18
					19
					20

**Observations :**

**Recueil effectué par :**

**Temps nécessaire:** [] mn

*\* V = Validation; X = alerte à justifier impérativement dans la partie « Observations », en rappelant la ligne concernée et le nom du prescripteur dans la mention « Vu avec ... »*