

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° FINESS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

CONSULTATION PHARMACEUTIQUE : Fiche de recueil de données

1. IDENTIFICATION DU PATIENT

Identité Nationale de Santé (INS) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom de naissance/Prénom(s) de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Âge : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Sexe : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

2. TYPE DE CONSULTATION

Type de consultation : Choisissez un élément.

Date entretien : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Motif de consultation pharmaceutique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Réalisé par : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Moment de réalisation : Choisissez un élément.

3. ENTOURAGE ET PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS

Personne de confiance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Professionnels de santé : Médecin traitant Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Spécialiste(s) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pharmacie d'officine Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

IDE à domicile Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

EHPAD Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

4. MESURES

Taille (cm) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Poids (kg) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. IMC (kg/m²) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. SC (m²) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de pesée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Evolution récente (3 derniers mois, en Kg) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Constantes : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Capacités cognitives : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fonction rénale (mL/min/1,73m²) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fonction hépatique Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

5. RECUEIL DE DONNEES PHARMACEUTIQUES

Bilan médicamenteux Se référer au [modèle OMéDIT PACA-Corse](#)

Vaccinations

Cocher quand vaccinations faites, et préciser les dates

☐ Grippe : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

☐ Covid-19 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre(s) vaccination(s) jugée(s) pertinente(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

☐ Rappel DTP : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

☐ Pneumocoque : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dispositifs médicaux

☐ Aucun dispositif médical connu

☐ Information inconnue

☐ Dispositif médical pertinent(s) à consigner : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

6. RECUEIL DE DONNEES CLINIQUES

Allergies/hypersensibilités	<input type="checkbox"/> Pas d'allergie ni d'hypersensibilité connues <input type="checkbox"/> Pas d'information sur les allergies et hypersensibilités <input type="checkbox"/> Présence d'allergies et/ou hypersensibilités : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
<i>Habitus, mode de vie (régime et alimentation, tabac...)</i>			
Antécédents	Personnels	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
	Familiaux	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Plainte principale du patient		Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Autre(s) plainte(s) du patient		Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Problèmes de santé en cours	<input type="checkbox"/> Pas de problème connu <input type="checkbox"/> Pas d'information sur les problèmes <input type="checkbox"/> Problèmes actifs : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
Effets indésirables/Intolérances	<input type="checkbox"/> Pas d'effets indésirables ni d'intolérances connus <input type="checkbox"/> Pas d'information sur les effets indésirables/intolérances <input type="checkbox"/> Présence d'effets indésirables/intolérances liés aux médicaments : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
Capacités organisationnelles & Gestion des traitements	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Tiers (préciser) :	<input type="checkbox"/> Pilulier <input type="checkbox"/> Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/> Alarme
Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Médicaments écrasés	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (lesquels) : aucun		
Chute dans les 3 derniers mois	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
Connaissances de la pathologie, des indications et objectifs des traitements, des posologies et des modalités de prises	Pathologie	<input type="checkbox"/> Oui, totalement <input type="checkbox"/> Oui, partiellement <input type="checkbox"/> Non	
	Indications et objectifs des traitements	<input type="checkbox"/> Oui, totalement <input type="checkbox"/> Oui, partiellement <input type="checkbox"/> Non	
	Posologies	<input type="checkbox"/> Oui, totalement <input type="checkbox"/> Oui, partiellement <input type="checkbox"/> Non	
	Modalités de prise	<input type="checkbox"/> Oui, totalement <input type="checkbox"/> Oui, partiellement <input type="checkbox"/> Non	
Adhésion au traitement, questionnaire assurance maladie	<input type="checkbox"/> Bon observant <input type="checkbox"/> Non observant mineur <input type="checkbox"/> Non observant		
Autre : <i>Historique des grossesses, Directives anticipées...</i>		Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	

7. RESULTATS

7.1. RESULTATS DE BIOLOGIE

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
--	--	--

7.2. AUTRES RESULTATS

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
--	--	--