**Ordre du jour** : Réunion de concertation pluridisciplinaire concernant les résidents dont les médicaments sont écrasés / gélules ouvertes

Nom – Prénom du résident : ……………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **Nom de la molécule :** |
| **Médicament indiqué ?** |  OUI NON NE SAIT PAS |
| **Alternative galénique ?** |  OUI NON Si oui, laquelle : ………………………………. |
| **Modification de la galénique possible ?**  |  **OUI,**    **OUI,**  **OUI,**   **NON,**   |
| **Commentaires :**  |  |
| **Nom de la molécule :** |
| **Médicament indiqué ?** |  OUI NON NE SAIT PAS |
| **Alternative galénique ?** |  OUI NON Si oui, laquelle : ………………………………. |
| **Modification de la galénique possible ?**  |  **OUI,**    **OUI,**  **OUI,**   **NON,**   |
| **Commentaires :**  |  |