**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 :** |  |