Logo de l'établissement

Fiche de liaison Hôpital-Ville des traitements médicamenteux

Médecin traitant : Dr.
Adresse :
Médecin(s) spécialiste : Dr.
Adresse :

Pharmacie d'officine : Dr.
Adresse :

Le

NOM : ..... Prénom : .....
Âge : ..... ans Poids : ..... kg
Taille : ..... cm Surface corporelle : ..... m²
(Supprimer les mentions inutiles)

Allergie(s) connue(s) : .....
Dernière clairance de créatinine : .....ml/min le (Cockroft)

Motif d'hospitalisation : .....

Liste des médicaments avant admission		**Liste des médicaments à la sortie**		**Nature de la Modification**	Justifications
Nom/Dosage/Forme (DCI) **Si prescription d'un générique : nom du laboratoire*	*Posologie*	*Nom/Dosage/Forme (DCI)* **Si prescription d'un générique : nom du laboratoire*	*Posologie*	**Arrêté, suspendu, modifié, poursuivi, introduit...**	

STOP **Traitements arrêtés**
Penser à demander à votre patient de ramener ses traitements arrêtés à la pharmacie STOP

Pharmacien / interne / PPH : **Médecin hospitalier / interne** :

(Supprimer les mentions inutiles)

Pour nous contacter :

Document élaboré par le Groupe de travail « Outils Conciliation Médicamenteuse » de l'OMEDIT Aquitaine – version septembre 2014