

AIDE À L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE ET RÉGLEMENTAIRE DE LA PRESCRIPTION D'UNE PRÉPARATION PHARMACEUTIQUE (RECOMMANDATION)

A REMPLIR PAR LE PHARMACIEN QUI REÇOIT LA PRESCRIPTION²⁴, CE DOCUMENT PERMET DE TRACER UNE INTERVENTION PHARMACEUTIQUE.

Validité de la prescription²⁵ : OUI NON

1. LE PATIENT ET L'ORDONNANCE :

Nom : Prénom : Sexe : Masculin Féminin

Age :ans

Poids :Kg

Taille :cm

Surface corporelle :m²

Formule de la préparation :

Posologie :

Indication :

Traitement(s) en cours : OUI NON

Si OUI, préciser :

Antécédent(s) allergique(s) : OUI NON

Si OUI, préciser :

Pathologie(s) associée(s) (insuffisance rénale) OUI NON

Si OUI, précisez :

Problème de déglutition OUI NON

Grossesse/Allaitement : OUI NON

2. L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE :

Dose(s) prescrite(s) vérifiée(s) : OUI NON

Posologie(s) vérifiée(s) : OUI NON

Durée de traitement vérifiée : OUI NON

Mode et rythme d'administration vérifiés : OUI NON

Présence de contre-indication(s) : OUI NON

Présence d'interaction(s) et de redondance(s) médicamenteuse(s) : OUI NON

Justification de la préparation : Absence de forme pharmaceutique Absence de dosage adapté
 Absence d'alternative thérapeutique Rupture de stock d'une spécialité
 Autre :

Conclusion

Problème mettant en jeu l'efficacité du traitement ou la sécurité du patient : OUI NON

Décisions ou action à réaliser : Acceptation de la demande Refus de la demande
 Demande de précisions complémentaires :

Décision de sous-traiter la préparation : OUI NON

Signature du pharmacien : Date :

²⁴ Joindre une copie de la ou des prescriptions

²⁵ Art. R.4235-48 et suivants du CSP