

Numéro patient

MAJ- FORMULAIRE DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES

COMPLÉTER **UNE PAGE PAR PROBLÈME (PLM)**, REMPLISSEZ AUTANT DE PAGES QUE NÉCESSAIRES

Date T0 :Date T6 :Date T12 :

Médicament(s) concerné(s)

Problème (PLM) relevé/suspecté	STATUT DU PLM À T0	STATUT DU PLM À T6	STATUT DU PLM À T12
<input type="checkbox"/> Péréimé	<input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Résolu <input type="checkbox"/> Partiellement résolu/ Requiert un suivi dans (indiquer le temps): <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Résolu <input type="checkbox"/> Partiellement résolu/ Requiert un suivi dans (indiquer le temps): <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Résolu <input type="checkbox"/> Partiellement résolu/ Requiert un suivi dans (indiquer le temps): <input type="checkbox"/> Ne sait pas
<input type="checkbox"/> Etiquette de posologie absente			
<input type="checkbox"/> Posologie incorrecte sur l'étiquette			
<input type="checkbox"/> Dosage incorrect			
<input type="checkbox"/> Doublon			
<input type="checkbox"/> Médicament absent			
<input type="checkbox"/> Problème d'adhésion			
<input type="checkbox"/> Stockage inapproprié			
<input type="checkbox"/> Accumulation			
<input type="checkbox"/> Autre			

Interventions planifiées pour la gestion du PLM (O= oui, N= non, SP = On ne sait pas)
Un PLM peut requérir plusieurs interventions, cochez toutes les cases applicables proposées lors de sa détection

Intervention(s) proposée(s)	Temps investi pour la réalisation de chaque intervention (minutes)			Acceptée par le patient			Acceptée par le prescripteur				
	T0	T6	T12		T0	T6	T12		T0	T6	T12
<input type="checkbox"/> Contact avec le prescripteur pour solliciter une information additionnelle				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Conseil au patient/soignant : <input type="checkbox"/> Stockage <input type="checkbox"/> Elimination <input type="checkbox"/> Manipulation/administration <input type="checkbox"/> Autre SVP spécifiez :				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Remise de matériel d'information (par ex : brochure)				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Changement /clarification de posologie (SVP spécifiez) :				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Changement de forme galénique (SVP spécifiez) :				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Substitution/Switch d'un médicament (SVP spécifiez) :				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Médicament arrêté				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nouveau médicament débuté (SVP spécifiez) :				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Semainier/soutien adhésion				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Monitoring de signes/Tests de laboratoire suggérés (SVP spécifiez) :				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Suivi de symptômes (SVP spécifiez) :				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Patient référé au prescripteur				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre (SVP spécifiez) :				O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>