

# CONTRAT DE PRÉVENTION DU RISQUE MÉDICAMENTEUX

**Nom d'usage :** .....  
**Nom de naissance :** .....  
**Prénom :** .....  
**Rue :** .....  
**Code postal :** .....  
**Ville :** .....  
**Date de naissance :** .....  
**Poids :** ..... **Taille :** .....  
**Téléphone :** .....

**Initié par :**  Patient  
 Famille/aidant  
 Médecin  
 Pharmacien  
 Infirmier  
 Kinésithérapeute  
 Autre

**Professionnels informés**

**Médecin**

**Infirmier / autre professionnel de santé**

**Allergie / intolérance médicamenteuse :**

**Dernière clairance à la créatinine connue :**

**Date :** .....  
**Valeur :** .....

**Kaliémie :** .....  
**Glycémie :** .....  
**Natrémie :** .....

**Problèmes particuliers :**

**Qui va chercher les médicaments ?**

**Compréhension Ordonnance :**  Oui  Non

A  B  C  D

**Préparation doses à administrer :**

Risque iatrogénique  Oui  Non

PDA autonome  Oui  Non

PDA assistée  Oui  Non

Proposition de PDA  Oui  Non

**Vérification du stock\* (tous les 6 mois) :**

Périmés  Oui  Non

Doublons  Oui  Non

Automédication  Oui  Non

Tests réalisés  Oui  Non

Mesures préconisées  Oui  Non

**Compte rendu de visite :**

**Documents remis au patient :**

**Signature patient :**

**Date, coordonnées, signature du professionnel de santé**



À transmettre par messagerie sécurisée à l'Association Gérontologique :  
[assogeronto.sud79@esante-poitou-charentes.fr](mailto:assogeronto.sud79@esante-poitou-charentes.fr) et au médecin traitant