

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

Urgence : Oui Non

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 et au médecin traitant