

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

Partage PAACO : CTA 79 Médecin Pharmacie CH Niort / Inkermann IDE

Allergie / intolérance médicamenteuse :

.....
.....
.....

Si clairance < 30 ml/min : adaptation selon Cockcroft

Date :

Valeur :

Problèmes particuliers :

Qui va chercher les médicaments ?

Clarté de l'Ordonnance :

de 0 (pas du tout) à 10 (totalemment) :

Urgence : Oui Non

Vulnérabilité : 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 à la CTA du secteur et au médecin traitant par messagerie sécurisée et/ou PAACO GLOBULE :

Contact Nord Deux Sèvres : cta79nord.paerpa79@esante-poitou-charentes.fr

Contact Sud Deux Sèvres : assogeronto.sud79@esante-poitou-charentes.fr