

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

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 (totalement) :

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 l'antenne PTA du secteur et au médecin traitant par messagerie sécurisée et/ou PAACO GLOBULE :
 Contact Nord Deux-Sèvres : pta79.antennenord@sante-na.fr
 Contact Sud Deux-Sèvres : pta79.antennesud@sante-na.fr