**Fiche de liaison Hôpital-Ville**

Logo de l’établissement

**des traitements médicamenteux**

Médecin traitant : Dr. Pharmacie d'officine : Dr.

Adresse : Adresse :

Médecin(s) spécialiste : Dr

Adresse Le \_ \_ / \_ \_ / 20\_ \_

NOM : ………………………. Prénom : ……………………..

Age: …....... ans Poids: .......... kg

Taille: .......... cm Surface corporelle: ......... m²

*(Supprimer les mentions inutiles)*

Allergie(s) connue(s): ........................................

Dernière clairance de créatinine: ............ml/min le \_ \_ / \_ \_ /20\_ \_ (Cockroft)

Motif d'hospitalisation : .......................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liste des médicaments**  **avant admission** | | **Liste des médicaments**  **à la sortie** | | **Nature de la Modification** | Justifications |
| *Nom/Dosage/Forme*  *(DCI)*  *\*Si prescription d’un générique : nom du laboratoire* | *Posologie* | *Nom/Dosage/Forme*  *(DCI)*  *\*Si prescription d’un générique : nom du laboratoire* | *Posologie* | **Arrêté, suspendu, modifié, poursuivi, introduit...** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Traitements arrêtés**  Penser à demander à votre patient de ramener ses traitements arrêtés à la pharmacie | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Pharmacien / interne / PPH**: **Médecin hospitalier / interne**:

*(Supprimer les mentions inutiles)*

**Pour nous contacter : - - / - - / - - / - - / - -**