**GUIDE D'ENTRETIEN**

*Insérer*

*Logo*

*Etablissement*

**POUR L'OBTENTION D'UN BILAN MEDICAMENTEUX OPTIMISE (BMO)**

**Partie PATIENT / FAMILLE**

 **Nom: Prénom: Service:**

**Introduction** **-** **Présentez-vous et dites votre profession**

*« Je souhaiterais faire un point avec vous sur les médicaments que vous prenez à domicile.*

*Je dispose d'une liste de médicaments extraite de votre dossier et*

*souhaite m'assurer qu'elle est exacte et actualisée.*

*Serait-il possible de m'entretenir avec vous sur vos traitements? »*

**Information Patient**

 **Identification du patient**

 Quel est votre nom ? ………………………. Quel est votre prénom ? ………………………… Quel âge avez vous ? ……….. ans

**Origine**

Où étiez vous avant d’arriver ici ?

☐ Domicile ☐ EPHAD ☐ Transfert service hospitalier ☐ Ré-hospitalisation

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville / Code postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motif d'hospitalisation *(facultatif)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Famille**

Puis-je contacter un de vos proches? ☐ OUI ☐ NON

Comment pouvons-nous le/la contacter? Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médecin traitant**

Nom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville / Code postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médecin spécialiste**

Nom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spécialité:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pharmacie du patient**

Allez vous vous même à la pharmacie? ☐ OUI ☐ NON

Si non, qui se déplace pour vous? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quel est le nom de la pharmacie où vous allez habituellement?

Nom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville / Code postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Infirmière à domicile (IDE) / Personne ressource**

Nom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergies médicamenteuses**

Souffrez-vous d'allergies médicamenteuses ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, pour quels médicaments et que se passe-t-il?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous votre Carte Vitale ? ☐ OUI ☐ NON

Puis-je consulter le DP? ☐ OUI ☐ NON

**Faire signer le consentement** pour l’accès au dossier pharmaceutique

 Avez-vous apporté vos médicaments? ☐ OUI ☐ NON

 Avez-vous apporté vos prescriptions/ordonnances? ☐ OUI ☐ NON

 Puis-je les consulter? ☐ OUI ☐ NON

**Médicaments pour le BMO**

 **Traitements énoncés par le patient**

*Recueillez le* ***dosage****, la* ***voie d'administration*** *et la* ***fréquence*** *de chaque médicament.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Avez-vous récemment arrêté ou modifié votre traitement? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, pour quelle raison ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médicaments en ventre libre (OTC)**

Prenez vous des médicaments que vous achetez sans ordonnance? (ex: Aspirine, Maalox, Migralgine, etc)

Si oui, pour quels médicaments? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vitamines / Minéraux / Compléments alimentaires**

Prenez-vous des vitamines et/ou minéraux (ex: complexes vitaminés, BION, BEROCCA, Calcium, Fer)?

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Collyres yeux/Oreilles/Nez**

Mettez-vous des collyres ou des gouttes dans les yeux? ☐ OUI ☐ NON

Utilisez vous des inhalateurs (bouche, nez…)? ☐ OUI ☐ NON

Avez vous des patchs ou crèmes (médicaments) à mettre sur la peau? ☐ OUI ☐ NON

Avez vous des piqures à la maison? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels (Nom, Fréquence d'utilisation, dosage)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antibiotiques (ATB)**

Avez-vous pris des ATB ces 3 derniers mois? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels (Nom, Fréquence d'utilisation, dosage)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Commentaires (ou autres questions portant sur l’observance, la difficulté de gestion de traitement, le pilulier, les difficultés dans la prise des traitements, ect.) :** *(questions facultatives à poser ou non selon les pratiques)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Conclusion**

*« Ceci conclut notre entretien. Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre.*

*Avez-vous des questions? Si vous vous rappelez de quelque chose après notre entretien,*

 *n'hésitez pas à me contacter pour compléter les informations. »*

**GUIDE D'ENTRETIEN**

*Insérer*

*Logo*

*Etablissement*

**POUR L'OBTENTION D'UN BILAN MEDICAMENTEUX OPTIMISE (BMO)**

**Partie PROFESSIONNELS DE SANTE**

 **Nom: Prénom: Service:**

**Introduction** **-** **Présentez-vous et dites votre profession**

« Mme (M.) X, pharmacie du *(nom de l’établissement) ………………………..,*

je vous appelle dans le cadre de la conciliation médicamenteuse. Afin d’assurer la continuité des soins

des patients hospitalisés en ………………, nous cherchons à connaître

la liste de leur traitement avant l’admission à l’hôpital. »

**Le pharmacien d’officine**

***Traitements énoncés par le pharmacien d’officine***

*Recueillez le* ***dosage****, la* ***voie d'administration*** *et la* ***fréquence*** *de chaque médicament.*

*« Pourriez vous, SVP, me donner les traitements de M./ Mme X , ainsi que les posologies associées?*

*Serait-il possible de remonter à minimum 3 mois, afin d’être le plus exhaustif possible ? »*

*(ceci permet de visualiser les délivrances par boite de 3 mois de détecter un éventuel sur-stockage au domicile du patient)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

« Est ce que le patient a des collyres, formes cutanées, injection… ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels (Nom, fréquence d'utilisation, dosage)?

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Est-ce que le patient a l’habitude d’acheter des médicaments en automédication ?* ☐ OUI ☐ NON

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Questions complémentaires***

*Posez les questions utiles à la compréhension du cas, ou nécessaires à la conciliation  (confirmation de la présence d’un médicament, coordonnés du spécialiste, de l’IDE…) .*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Appel de L’IDE, EHPAD ou autres*

**Traitements énoncés**

*Recueillez le* ***dosage****, la* ***voie d'administration*** *et la* ***fréquence*** *de chaque médicament.*

*« Pourriez vous, SVP, me donner les traitements de M./ Mme X ? »*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Le médecin traitant**

 **Traitements énoncés par le médecin traitant**

*Recueillez le* ***dosage****, la* ***voie d'administration*** *et la* ***fréquence*** *de chaque médicament.*

*« Pourriez vous, SVP, me donner les traitements de M./ Mme X ? »*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Avez-vous récemment arrêté ou modifié votre traitement? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, pour quelle raison?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

« Est ce que le patient a des collyres, formes cutanées, injections… ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels (nom, fréquence d'utilisation, dosage)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Histoire du malade**

Quels sont les antécédents du patient ? (Possible de les voir sur Dossier Patient Informatisé)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Histoire de la maladie**

*Posez les questions utiles à la compréhension du cas, ou nécessaires pour la conciliation  (confirmation de la présence d’un médicament, coordonnés du spécialiste, de l’IDE…) .*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Contacter un médecin spécialiste***

*Même introduction et mêmes questions : (à ne consulter que si nécessaire)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Conclusion**

*« Merci pour toutes ces informations et le temps que vous m’avez consacré. Bonne journée, Au revoir »*

*\* pour les MT et le PO:*

*« Suite à la conciliation médicamenteuse, nous vous ferons parvenir une lettre récapitulant*

 *les modifications de traitement à la sortie du patient. »*