

**Le BPM mieux vivre sa maladie et son traitement**

Pharmacie **X**

**Adresse**

**Code postal**

Docteur **X**

**Adresse**

**Code postal**

Le **jj/mm/aaaa**

Bonjour Docteur,

Je vous avertis de ma volonté de réaliser avec un(e) de vos patient(e), Mr/Mme **X** un bilan partagé de médication. Plusieurs critères m’ont amené à proposer un bilan partagé de médication : une polymédication à **X** molécules, la présence de médicaments à risque d’iatrogénie et/ou des changements récents dans le traitement.

Un compte-rendu de l’entretien de recueil et de l’analyse des traitements médicamenteux vous sera envoyé prochainement.

Nous pourrons en discuter ensemble mais en aucun cas des recommandations ne seront proposées à Mr/Mme **X** sans être validées de votre part.

Une collaboration interprofessionnelle me semble indispensable à une prise en charge efficiente du patient.

Je reste à votre disposition si vous souhaitez échanger au sujet du bilan partagé de médication.

Je vous remercie pour votre implication dans cette nouvelle mission.

Veuillez agréer, Docteur, l’expression de ma considération distinguée.

**Nom du pharmacien**