Formulaire de reprise de la prise en charge par le médecin

**Informations sur le patient**

Nom…………………………………………. Prénom…………………………………… Date de naissance…/…/…

N°de sécurité sociale…………………………………………………………………….

Médecin traitant………………………………………………………………………………………………………………….

Consentement du patient ou de son parent à l’inclusion dans le protocole ?

[ ]  Oui [ ] Non

**Professionnel ayant réalisé la prise en charge**

[ ] Infirmier [ ] Pharmacien

Nom…………………………………………. Prénom……………………………………

N° RPPS…………………………………….

Date et heure de la prise en charge……………………………………………………………………………………

# Motif de la reprise

[ ]  Critère(s) d’exclusion repéré(s) par le pharmacien ou l’IDE lors de l’interrogatoire du patient

 Préciser le ou les critère(s) :……………………………………………………………………………….

[ ]  Critère(s) d’exclusion repéré(s) par le pharmacien ou l’IDE lors de l’examen clinique du patient

 Préciser le ou les critère(s) :……………………………………………………………………………….

[ ]  Doute du Pharmacien ou de l’IDE lors de la prise en charge

 Préciser la nature du doute :………………………………………………………………………………

[ ]  TDR indiqué lors de la prise en charge mais impossible à réaliser

Préciser la raison :………………………………………………………………………………………………

[ ]  Persistance d’un ou plusieurs symptôme(s) après la prise en charge par le pharmacien ou l’IDE

 Préciser le ou les symptôme(s) :…………………………………………………………………………

[ ]  Aggravation d’un ou plusieurs symptôme(s) après la prise en charge par le pharmacien ou l’IDE

 Préciser le ou les symptôme(s) :…………………………………………………………………………

[ ]  Apparition d’un ou plusieurs symptôme(s) après la prise en charge par le pharmacien ou l’IDE

 Préciser le ou les symptôme(s) :…………………………………………………………………………

**Synthèse de la prise en charge et décision médicale**

Informations de traçabilité du document

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure pluriprofessionnelle** |  |
| **Date de rédaction initiale** | 30/08/2021 |
| **Dernière date de révision** | 30/08/2021 |
| **N° de version actuel** | 1 |
| **Nombre de pages** | 2 |
| **Date de validation** | 30/08/2021 |
| **Référence du document** | PR. 01.6 – Formulaire de reprise de la prise en charge par le médecin  |
| **Rédigé par** | Gaillard Thibault |
| **Accepté par** |  |

# Historique

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° de version** | **Date de modification** | **Modifications apportée** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |