

Informations sur le patient

Nom..... Prénom..... Date de naissance.../.../...
N° de sécurité sociale.....
Médecin traitant.....
Consentement du patient ou de son représentant légal 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 préciser la nature du doute :

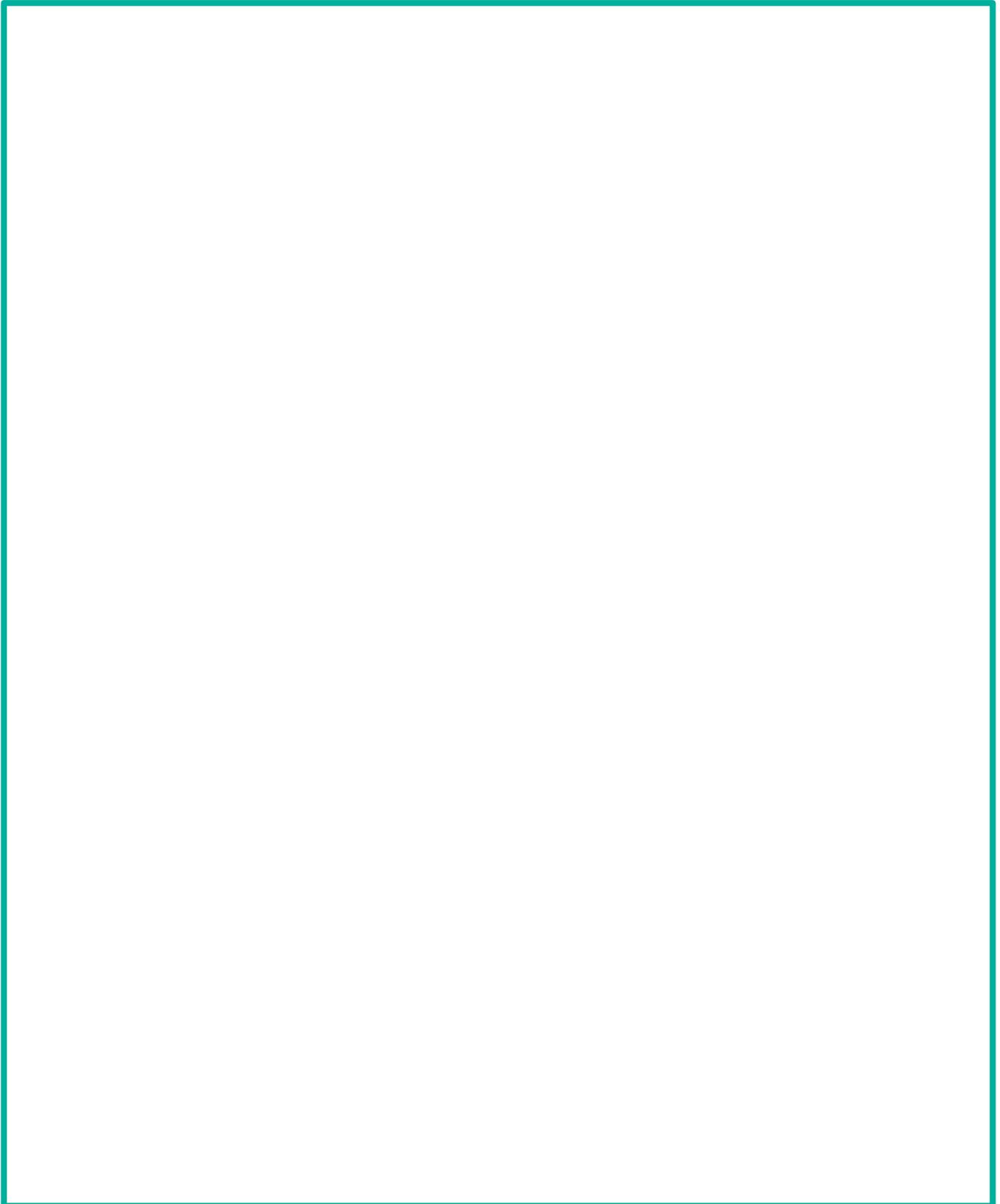
TDR indiqué lors de la prise en charge mais impossible à réaliser
Préciser la raison :

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(d) après la prise en charge par le pharmacien ou l'IDE
Préciser le ou les symptôme(s) :

Apparition d'un ou plusieurs symptôme(d) 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



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