Annexe 4. Fiche de conciliation des traitements à l'admission (FCT)

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

IPP :

Nom du service :

Numéro de chambre :

Médecin traitant :

Infirmier à domicile :

Pharmacien d'officine :

EHPAD :

Conciliation faite le						**entre***						**et****		**Processus de conciliation :** ◯ **Proactif** ◯ **Rétroactif**	
Bilan médicamenteux						**Ordonnance du**									
Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Statut	Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Existence d'une divergence	Divergence Intentionnelle ou Erreur médicamenteuse		Décision médicale/ Erreur médicamenteuse	Commentaires
	M	M	S	N			M	M	S	N					

*Nom du conciliateur 1 – **Nom du conciliateur 2

Conciliation faite le						entre*				et**				Processus de conciliation : ◯ Proactif ◯ Rétroactif	
Bilan médicamenteux						Ordonnance du									
Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Statut	Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Existence d'une divergence	Divergence Intentionnelle ou Erreur médicamenteuse		Décision médicale/ Erreur médicamenteuse	Commentaires
	M	M	S	N			M	M	S	N					
															Traitement antérieur ou Automédication antérieure : ◯ DI ◯ EM

Sources d'information consultées

- ☐ DMP en cours
- ☐ DMP antérieur
- ☐ DMP urgences
- ☐ Autre dossier du SIH
- ☐ Médecin traitant
- ☐ Pharmacien officine
- ☐ Infirmier libéral
- ☐ EHPAD
- ☐ Dossier Pharmaceutique
- ☐ Ordonnances du patient
- ☐ Lettre au médecin traitant
- ☐ Lettre du médecin traitant
- ☐ Patient
- ☐ Famille
- ☐ Médicaments apportés
- ☐ Autres

Signature Pharmacien

*Nom du conciliateur 1 – **Nom du conciliateur 2