# Case Report d’une intervention réalise par le pharmacien clinicien

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hôpital** |  |  |  |
| **Unité de soins** |  |  |  |
| **Pharmacien** |  | **Période** |  |
| **Médecin** |  | **Date de l’intervention** |  |

1. **S**UBJECTIF

|  |
| --- |
|  |

Exemples :

* le patient se plaint de prendre trop de médicaments
* la patiente se dit nauséeuse
* le patient pense qu’il ne supporte pas un des nouveaux médicaments qu’on lui a prescrit

1. **O**BJECTIF

**Données à remplir**

|  |
| --- |
| Age et sexe :  Raison d’admission :  Moment de l’admission :  Médicament(s) concerné(s), posologie :  Indication du médicament :  Autres médicaments pris par le patient (si pertinent)  Autres informations pertinentes : |

**Données à mentionner si pertinentes pour l’intervention**

|  |
| --- |
| Données biologiques :  Examens cliniques :  Symptômes :  Démarche diagnostique réalisée par le médecin (p.ex. synthèse de la recherche de causes autres que médicamenteuses) :  Autres informations pertinentes : |

Si le problème est un effet secondaire - *se basé sur la checklist Naranjo (voir annexe) ou autre référence*

Si le problème est une interaction médicamenteuses - *se basé sur la checklist Drug Interaction Probability Scale (voir annexe) ou autre référence*

1. **A**NALYSE du problème pharmaceutique

Sélectionner une des raisons de l’intervention de la liste ci-dessous et décrivez le.

(source : Formulaire d’intervention de pharmacie clinique – O. Dalleur – UCL)

**Raison de l’intervention**

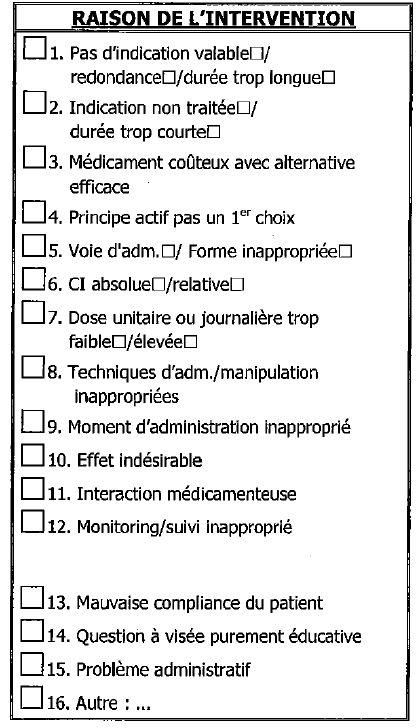
|  |
| --- |
|  |

**Description de l’analyse**

|  |
| --- |
|  |

**Références-sources d’information** (si d’application)

|  |
| --- |
|  |



1. **P**ROPOSITION

Sélectionner une des interventions de la liste ci-dessous et faite une description détaillée de l’intervention

(source : Formulaire d’intervention de pharmacie clinique – O. Dalleur – UCL)

**Intervention est fait au** (enlever ce qui n’est pas d’application) :

|  |
| --- |
| * médecin, * médecin assistant, * personnel infirmier, * patient, * autre : …. |

**Description de l’intervention**

|  |
| --- |
|  |

**Acceptation et suite**

Dire si l’intervention a été complètement ou partiellement acceptée, ainsi que les informations pertinentes concernant le suivi de l’intervention (si applicable) :

|  |
| --- |
|  |

