

EVALUATION du DOSSIER

PATIENT	___/___/___	Date		N°	
---------	-------------	------	--	----	--

Médecin traitant, prescripteur principal en ambulatoire					
Le dossier comporte		oui	non	non applicable au patient	cotation
1	La liste des pathologies (antécédents significatifs et pathologies actuelles)				A
2	La liste des pathologies à traiter				B
3♥	La liste des pathologies à traiter révisée chaque année				B
4	L'éventuel refus du patient à être traité				B
5♥	La liste complète des médicaments prescrits (par les différents prescripteurs)				A
6	Avec les posologies				B
7♥	Une appréciation de l'automédication du patient (oui ou non, si oui médicaments notés)				C
8♥	Une révision annuelle, faite avec le malade, du traitement médicamenteux				B
9♥	La personne gérant le traitement au quotidien (le malade ou une tierce personne)				B
10	Une appréciation sur l'observance du patient (adhésion au traitement médicamenteux)				C
11♥	La clairance de la créatinine au moins une fois par an				A
12	Le poids au moins une fois par an				A
13♥	La recherche de chutes au moins une fois par an				C
14	Pour tout nouveau médicament, les critères d'efficacité avec le délai de réévaluation				B
15♥	Pour tout nouveau médicament, le suivi de l'efficacité				A
16	Pour tout nouveau médicament les critères de tolérance avec le rythme surveillance				B
17♥	Pour tout nouveau médicament, le suivi de la tolérance				A
18	Pour les médicaments à risque, l'information faite au patient et l'éventuelle documentation remise				C
19	Les coordonnées du pharmacien habituel du patient				B
20	La date de naissance du patient				A

♥ préconisé pour le programme de suivi annuel

Cotation des critères : (A) essentiel (B) souhaitable (C) optionnel