

FICHE D'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE

PHARMACIE :

DATE:

NUMERO FICHE

CLIENT/PATIENT

PRENOM

NOM

AGE

POIDS

SEXE

PROBLEME

ACTES POSES

traitement inapproprié

sous dosage

surdosage

association de médicaments déconseillés

contre indications absolues

effet indésirable

arrêt traitement

voie d'administration inappropriée

traitement non reçu

auto medication

ajout de dose

arrêt traitement

substitution

choix de la voie d'administration

suivi thérapeutique

diminution dose

référence

gestes effectués

fiche de notification renseignée et transmise

appel Médecin (nom prénom lieu d'exercice)

autres

Contexte

description problème

description intervention pharmaceutique

MEDICAMENT UTILISES OU ADMINISTRES