

Insérer
le logo de
l'établissement

Lieu et date.....
Imprimer de préférence sur des feuilles à en-tête de l'établissement

Votre patient(e), M. / Mmené(e)
le..... a été hospitalisé(e) du / / au / / dans le service
de (Préciser le service d'hospitalisation et
l'établissement). Ce(tte) patient(e) a été hospitalisé(e) pour la prise en charge de
..... (Préciser le motif d'hospitalisation).

Durant son hospitalisation, M. / Mme a bénéficié d'une consultation
pharmaceutique réalisée par (Préciser
la fonction de la personne ayant effectué l'entretien pharmaceutique et la pharmacie).

De part sa présence au sein du service, en contact direct avec les patients et les
professionnels de santé, le pharmacien s'assure de la continuité des traitements à l'admission et
à la sortie (cette activité est appelée conciliation médicamenteuse), de l'optimisation du
traitement au cours du séjour, et de l'information aux professionnels de santé de ville relative
aux changements de traitements réalisés au cours de l'hospitalisation.

Vous trouverez ci - jointe une fiche de liaison Ville-Hôpital qui résume les
modifications de traitement effectuées durant l'hospitalisation. Nous espérons que cette
dernière vous sera utile pour le suivi de votre patient.

Afin d'évaluer notre démarche nous vous joignons un questionnaire de satisfaction.
Nous vous remercions par avance pour votre contribution et nous vous proposons de nous le
retourner par fax au (Ne conserver ce paragraphe que si un questionnaire
de satisfaction est transmis aux professionnels de santé de ville).

Nous restons à votre disposition et vous prions de croire à l'assurance de nos sentiments
confraternels.

Pharmacien référent / Interne en pharmacie / PPH