

Annexe 2. Fiche de recueil des informations par source pour concilier

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : / / IPP : _____
 Nom du service : _____ N° de chambre : _____
 Date d'admission : / /
 Adresse : _____
 Téléphone : _____

Personne à contacter : _____
 Médecin traitant : _____
 Pharmacien d'officine : _____
 Infirmier à domicile : _____
 EHPAD : _____
 Dossier Pharmaceutique : oui non

Allergies : oui non
 lesquelles : _____
 Phytothérapies : oui non
 lesquelles : _____
 Automédication : oui non
 Crèmes/pommades : oui non
 Collyres : oui non
 Injections : oui non Patches : oui non

Information datée du	Patient		Pharmacien d'officine		Médecin traitant		Urgences		Ordonnance(s) avec laquelle/ lesquelles le patient est admis		Médicaments rapportés lors de l'hospitalisation			
	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie
Sources d'information														
Médicament Forme/Voie														

NB : si l'information est incertaine, la noter entre parenthèse.

