L’ administration

Où trouver l'information

Vérifier la conformité de l'ordonnance
Vérifier si autogestion du patient
Ne pas oublier de tracer

Nom prescripteur
Adresse
Qualité
RPPS

Nom patient
Sexe - Poids
Age si - de 15 ans

1 Nom Médicament 1 dosage
voie - forme galénique
Posologie - recommandations. durée

2 Nom Médicament 2 dosage
voie - forme galénique
Posologie - recommandations. durée

3 Nom Médicament 3 dosage
voie - forme galénique
Posologie - recommandations. durée

Tampon de la Pharmacie
Date

Date signature prescripteur

Bon patient

Bon moment

Bon médicament

Bonne voie

Bonne dose

HAD du littoral — HOSPITALISATION A DOMICILE — Boulogne- Montreuil

ORDONNANCE MEDICAMENTS

Etablissement H.A.D
Coller l'étiquette «patient»
En l'absence d'étiquette :
Nom et prénom du patient

Poids : ..... Allergie(s) médicamenteuse(s) : .....

Insuffisance Rénale : ❑NON ❑Oui : .....(Clairance mL/min ; Date) Trouble de la déglutition : ❑NON ❑Oui

Insuffisance Hépatique : ❑NON ❑Oui : .....(Donnée biologique notable ; Date) Nutrition par sonde : ❑NON ❑Oui

Spécialités : Nom + dosage + galénique + Unité (Amp-Gél-Cp-UI) et voie d'administration Si autogestion, cochez la case de la spécialité.	Posologie				Durée	Délivrance pharmaceutique				
	Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée	Quantités délivrées par semaine	S1	S2	S3	S4
❑										
❑										
❑										
❑										
❑										
❑										
❑										
❑										
❑										
❑										
❑										
❑										
Alimentation :										
Traitement O2 - MEOPA : (préciser dosage, durée, fréquence ...)										

EXEMPLAIRE À GARDER AU DOMICILE

SÉCURISATION ORDONNANCE : QUANTITÉ DE SPÉCIALITÉS PRESCRITES ❑

Identification prescripteur
Date :
Signature et tampon du prescripteur
Merci d'apposer aussi votre tampon sur ce duplicata
En qualité de médecin, je reconnais avoir informé mon patient des risques encourus et bénéfices escomptés de l'acte prescrit

Analyse pharmaceutique
Date :
En qualité de pharmacien, je reconnais avoir informé le patient ou l'entourage du bon usage des médicaments délivrés.
Signature et tampon du pharmacien
Merci d'apposer aussi votre tampon sur ce duplicata
Merci de faxer la prescription sans délai à l'HAD pour le suivi du patient et ***ne pas envoyer la facturation aux organismes d'assurance maladie***

AUTO ADMINISTRATION
❑ **Niveau 0** (Pas d'auto administration)
❑ **Niveau 1** (Auto administration sous contrôle de l'aidant - Traçabilité IDE)
❑ **Niveau 2** (Auto administration - Traçabilité par le patient)

NUMÉRO DE FEUILLET :_____

FICHE D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS PAR IDE

Date	Heure	Visa

Date Heure — Date Heure — Date Heure — N-P

Légende:

	Injectable	PerOS - Aérosol	Patch-Collyre
Préparation traitement	△	○	□
Administration Traitement	▲	●	■
Traitement non Présent au domicile	⊠	⊠	⊠

Administration par le patient	P
Administration par l'entourage	E
Refus de traitement	R

Non administration du traitement	N
Arrêt du traitement	‡
Voir Transmission	↑

Service logistique - pharmacie