

# Annexe I

---

AIDE À L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE ET  
RÉGLEMENTAIRE DE LA PRESCRIPTION D'UNE  
PRÉPARATION PHARMACEUTIQUE

# AIDE À L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE ET RÉGLEMENTAIRE DE LA PRESCRIPTION D'UNE PRÉPARATION PHARMACEUTIQUE (RECOMMANDATION)

A REMPLIR PAR LE PHARMACIEN QUI REÇOIT LA PRESCRIPTION<sup>24</sup>, CE DOCUMENT PERMET DE TRACER UNE INTERVENTION PHARMACEUTIQUE.

Validité de la prescription<sup>25</sup> :  OUI  NON

## 1. LE PATIENT ET L'ORDONNANCE :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  Masculin  Féminin

Age : .....ans

Poids : .....Kg

Taille : .....cm

Surface corporelle : .....m<sup>2</sup>

**Formule de la préparation** : .....

Posologie : .....

Indication : .....

Traitement(s) en cours :  OUI  NON

Si OUI, préciser : .....

Antécédent(s) allergique(s) :  OUI  NON

Si OUI, préciser : .....

Pathologie(s) associée(s) (insuffisance rénale)  OUI  NON

Si OUI, précisez : .....

Problème de déglutition  OUI  NON

Grossesse/Allaitement :  OUI  NON

## 2. L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE :

Dose(s) prescrite(s) vérifiée(s) :  OUI  NON

Posologie(s) vérifiée(s) :  OUI  NON

Durée de traitement vérifiée :  OUI  NON

Mode et rythme d'administration vérifiés :  OUI  NON

Présence de contre-indication(s) :  OUI  NON

Présence d'interaction(s) et de redondance(s) médicamenteuse(s) :  OUI  NON

Justification de la préparation :  Absence de forme pharmaceutique  Absence de dosage adapté  
 Absence d'alternative thérapeutique  Rupture de stock d'une spécialité  
 Autre : .....

### **Conclusion**

Problème mettant en jeu l'efficacité du traitement ou la sécurité du patient :  OUI  NON

Décisions ou action à réaliser :  Acceptation de la demande  Refus de la demande  
 Demande de précisions complémentaires : .....

Décision de sous-traiter la préparation :  OUI  NON

Signature du pharmacien : ..... Date : .....

<sup>24</sup> Joindre une copie de la ou des prescriptions

<sup>25</sup> Art. R.4235-48 et suivants du CSP