



Tampon Pharmacie	
N° du Patient	N° Adeli Pharmacien
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du Pharmacie avant réalisé le suivi	
<input type="text"/>	

Ciblage Patient	
Bithérapie	<input type="checkbox"/> Oui (précisez HTA) <input type="checkbox"/> Non <input type="text"/>
Patient polymédiqué	+ 5 Médicaments / mois depuis plus de 3 mois <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
FRCV (Facteurs de risques cardiovasculaires) Au moins 2 FRCV	<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Cholestérol <input type="checkbox"/> Sédentarité <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> ATC familiaux <input type="checkbox"/> Obésité <input type="checkbox"/> Diabète

Dépistage du besoin du soin pharmaceutique			
	Acquis	Non acquis	En cours d'acquisition
Éléments du dépistage (cocher la case correspondante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient connaît l'objectif thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient maîtrise l'AMT auto mesure tensionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient est observant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MPR (prise régulière à la pharmacie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Déclaratif GIRERD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient a 1 suivi médical régulier adapté à ses pathologies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient présente de Effets Indésirables attribués à la prise de son traitement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui lesquels <input type="text"/>

Plan PHARMA Perso - Soins pharmacie mis en œuvre		
Bilan Partagé de Médication conventionnel ou Entretien conventionnels (AVK,AOD...)	<input type="text"/>	
Actions éducatives ciblées (Cochez les actions réalisées)	<input type="checkbox"/> Gestion quotidienne des traitements. <input type="checkbox"/> Apprentissage d'une auto-surveillance, auto mesure, auto évaluation de soins. <input type="checkbox"/> Application d'une conduite à tenir en cas de crise, apparition d'un signe d'alerte. <input type="checkbox"/> Prise en compte du résultat d'une auto surveillance ou auto mesure. <input type="checkbox"/> Mise en lien des problèmes de santé avec les thérapeutes et les soins. <input type="checkbox"/> Instauration d'un nouveau traitement. <input type="checkbox"/> Adaptation du patient à un contexte particulier (professionnel, familial,)	
Orientation du patient vers des ressources territoriales de santé	<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> DAC	Autre (à préciser) <input type="text"/>
Patient fumeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Proposition d'aide au sevrage <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	

Ce document est à déposer dans mon DMP.fr



Tampon Pharmacie	
N° du Patient	/ N° Adeli Pharmacien

Dossier à envoyer à l'URPS :

- **Feuille A : Suivi pharmaceutique PHARM HTA**
- **Feuille B : Facture**

FACTURE PHARM HTA
A l'attention de l'URPS (1 facture / patient)

Action de dépistage au comptoir	10€ si action réalisée
Actions éducatives ciblées	25€ si action réalisée
Bilan de médication si le patient est non éligible aux entretiens conventionnels (< 65 ans)	25€ si action réalisée
Enregistrement DMP et/ou orientation MT	5€ si action réalisée
Total à percevoir de l'URPS	

- Je soussigné DR.....certifie avoir réalisé la formation courte PHARM'HTA et avoir procédé à la prise en charge pharmaceutique conformément au dispositif PHARM'HTA.
- Je certifie avoir déposé le dossier du patient correspondant à cette facture dans mon DPM.fr

Signature du pharmacien
+ Tampon Officine