

CR Accompagnement		
Date	Mb de l'équipe :	
Problématiques soulevées :		Points à surveiller lors des prochaines dispensations :
Info Patient (mode de vie...) Poids / Taille /IMC FRCV identifiés ATCD RHD/Tbc Sommeil / Transit Chutes		
Info Traitement (chgts...)		
Info MT		
Autres info à signaler		
Le patient connaît l'objectif thérapeutique	<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition	
Le patient maîtrise l'AMT auto-mesure tensionnelle	<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition	
Le patient est observant MPR (prise régulière à la pharmacie) Déclaratif ou GIRERD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le patient a 1 suivi médical régulier adapté à ses pathologies	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le patient présente de EI attribués à la prise de son TTT <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Indiquer lesquels		
Évaluation des risques liés à l'automédication, aux plantes ... Lesquels ?		
Le patient est Orienté vers le MT Nature de la demande :		
Actions d'accompagnement proposées à la pharmacie Plan Pharma Personnalisé	<input type="checkbox"/> BPM (patient éligible) <input type="checkbox"/> Entretiens conventionnels (AOD, CTO...) <input type="checkbox"/> Orientation vers une ressource de santé (préciser laquelle) <input type="checkbox"/> Éducation à l'autosurveillance <input type="checkbox"/> Ph'OBS selon conditions <input type="checkbox"/> CERFA Ph. Correspondant <input type="checkbox"/> Sevrage Tabagique <input type="checkbox"/> Vaccinations <input type="checkbox"/> Autre (ex ETP, Précisez)	
Autres remarques :		