Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60710

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ (aaaa/mm/jj) ☐ F ☐ M

NAM : _____ Exp. _____ (aaaa/mm)

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

# ÉTAPES DU BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS (BCM)

***Consigne :*** *L'étape 1 – section 1, peut être complété par l'usager et/ou ses proches ou une personne en mesure de fournir des informations pertinentes ou l'intervenant concerné*

## Étape 1 – section 1
## Réaliser une collecte de données

À la maison qui gère vos médicaments : ☐ Moi-même ☐ Proche ☐ Autre : _____

À la maison, utilisez-vous un pilulier, Dispill® ou Dosett® : ☐ Oui ☐ Non

À quelle(s) pharmacie(s) achetez-vous les médicaments prescrits par votre médecin (nom(s) et adresse(s)) :

_____

À la maison, prenez-vous des médicaments en vente libre (médicaments achetés directement sur les tablettes de la pharmacie et sans ordonnance. Par exemple : Tylenol® ou Advil®) ?

☐ Oui ☐ Non Nommez lesquels : _____

À la maison, prenez-vous des produits naturels, vitamines ou suppléments sans ordonnance (par exemple, calcium, vitamine D, mélatonine ou millepertuis) ?

☐ Oui ☐ Non Nommez lesquels : _____

Suivez-vous des traitements médicamenteux particuliers (injection, thérapie intraveineuse, etc.) ?

☐ Oui ☐ Non Préciser la date du dernier traitement : aaaa/mm/jj

Quel est le dernier traitement que vous avez reçu : _____

Prenez-vous des échantillons ou des médicaments de recherche à la maison ?

☐ Oui ☐ Non Nommez lesquels : _____

Devez-vous écraser ou couper vos médicaments ?

☐ Oui ☐ Non Nommez lesquels : _____

Prenez-vous vos médicaments comme c'est inscrit sur les pots ou le pilulier ?

☐ Oui ☐ Non Si non, raison : _____

Nom de la personne qui a complété cette section : _____

☐ Usager ☐ Proche ☐ Autre : _____

Signature et titre : _____ Date : aaaa/mm/jj hh:mm

Nom, prénom : #Dossier :

***Consigne** : Les informations générales ainsi que l'étape 1 – section 2 et l'étape 2 doivent être complétées par l'intervenant concerné.*

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

☐ Consentement de l'usager ou d'une personne habilitée à consentir

Où est l'usager : ☐ CHSLD/MDA-MA ☐ Domicile ☐ Hôpital ☐ RAC ☐ RI-RTF ☐ RPA ☐ URFI/URTF ☐ Autre : _____

Point de transition : ☐ Admission/inscription ☐ Transfert ☐ Congé/fin d'épisode de soins ☐ Rendez-vous médical ponctuel

Desservi par : ☐ Pharmacie CISSSMO ☐ Pharmacie communautaire

Nom et coordonnées de la pharmacie communautaire (*Valider que l'usager n'a pas plus qu'une pharmacie communautaire)* :

_____

_____

Profil pharmacologique de source fiable *(obtenir avant l'entrevue)* : ☐ Dossier Santé Québec (DSQ) ☐ Profil Pharmacologique ☐ FADM d'un établissement de santé référent

Entrevue complétée avec : ☐ Usager ☐ Proche ou personne pouvant fournir des informations pertinentes

Nom, prénom et lien de ce proche ou personne : _____

Allergies : _____

Intolérances : _____

**Étape 1 – section 2**
**Réaliser une collecte de données pour créer un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) complet et précis**

☐ Valider avec l'usager et/ou ses proches ou une personne en mesure de fournir des informations pertinentes que les ordonnances se trouvant dans le plus récent profil de pharmacologie fiable concordent bien avec ce que prend réellement l'usager et que les informations collectées à l'étape 1 section 1 y sont consignées.

**Étape 2**
**ANALYSER LE MSTP (section 1) puis identifier les divergences, s'il y a lieu**

☐ Concordance entre le MSTP et le plus récent profil de pharmacologie fiable

☐ Divergence entre le MSTP et le plus récent profil de pharmacologie fiable, préciser :

| **Nom du médicament** | **Dosage**<br>Préciser l'unité de mesure<br>*(**Ex.** : 5 mg ou 10 mL)* | **Fréquence**<br>*(**Ex.** : Die, BID, AM, HS)* | **Type de divergence identifié**<br>***Ex.1 :** Absence, non connu, différence, doublons, manque, allergie, etc.*<br>***Ex 2 :** Dans la FADM, inscrit BID mais l'usager le prend DIE* |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**COMMUNICATION À LA PHARMACIE**

**Milieu desservi par la pharmacie du CISSSMO**

Lors de **concordance** OU **divergence**, acheminer ce formulaire à la pharmacie du CISSSMO via le logiciel de numérisation.

**Milieu desservi par la pharmacie communautaire**

Lors de **divergence** uniquement, acheminer ce formulaire à la pharmacie communautaire de l'usager selon les modalités établies.

☐ Envoyé à la pharmacie du CISSSMO **OU** ☐ Envoyé à la pharmacie communautaire Date : aaaa/mm/jj hh:mm

***IMPORTANT** : Si la divergence nécessite une prise en charge immédiate et peut causer préjudice à l'usager, contacter immédiatement le prescripteur autorisé (pour les usagers admis se référer au Médecin traitant ou IPS au dossier)*

Signature et titre : _____ Date : aaaa/mm/jj hh:mm