



MOCLI60710

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ÉTAPES DU BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS (BCM)

Consigne : L'étape 1 – section 1, peut être complétée par l'utilisateur 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'utilisateur ou d'une personne habilitée à consentir	
Où est l'utilisateur : ☐ 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 CISSMO ☐ Pharmacie communautaire	
Nom et coordonnées de la pharmacie communautaire (Valider que l'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur 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 Préciser l'unité de mesure (Ex. : 5 mg ou 10 mL)	Fréquence (Ex. : Die, BID, AM, HS)	Type de divergence identifié Ex.1 : Absence, non connu, différence, doublons, manque, allergie, etc. Ex 2 : Dans la FADM, inscrit BID mais l'utilisateur le prend DIE

COMMUNICATION À LA PHARMACIE	
Milieu desservi par la pharmacie du CISSMO	
Lors de concordance OU divergence , acheminer ce formulaire à la pharmacie du CISSMO via le logiciel de numérisation.	
Milieu desservi par la pharmacie communautaire	
Lors de divergence uniquement, acheminer ce formulaire à la pharmacie communautaire de l'utilisateur selon les modalités établies.	

☐ Envoyé à la pharmacie du CISSMO **OU** ☐ Envoyé à la pharmacie communautaire Date : ____/____/____ hh:mm

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

Signature et titre : _____ Date : ____/____/____ hh:mm