



# Recommandations émises lors de la vérification pharmaceutique

À l'attention du médecin



Docteur \_\_\_\_\_,

J'ai effectué une vérification pharmaceutique de la médication du résident mentionné, conformément aux standards de qualité<sup>1</sup> pour une médication plus sûre et orientée vers les résidents et résidentes en EMS. Vous trouverez ci-dessous mes résultats et mes recommandations.

Nom du résident ou de la résidente \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

EMS \_\_\_\_\_

 Médicament(s)	Demande/problème associé à la médication	Procédure recommandée
<b>Exemple</b> Rivaroxaban	Dose actuelle non adaptée à la fonction rénale (DFGe 40 ml/min)	Réduction de la dose à 15 mg/jour (swissmedic)
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		

Je me tiens à votre entière disposition pour toute question ou remarque et vous adresse mes meilleures salutations.

Nom du pharmacien ou de la pharmacienne \_\_\_\_\_

Pharmacie \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_