

Information Pharmaceutique

N° Question 15 -

Date	Heure	Mots-clés
Nom		-
Service		
Adresse		
e-mail		
FAX		

QUESTION INITIALE PATIENT OUI NON

- MEMO DES REGLES** → arriver à se projeter dans la situation
1. Laisser ses connaissances de côté
 2. Raisonner selon la situation, l'indication (→ Recos)
 3. Obtenir l'interlocuteur et les documents directs
 4. Déterminer le moment de l'histoire où l'on se trouve
 5. Définir l'objectif / la finalité (→ Reformulation)
 6. Convenir d'un délai de réponse en accord avec la situation
 7. Noter les coordonnées

PRISE DE RENSEIGNEMENTS

QUESTION REFORMULEE

REPONSE SOUHAITEE 1 Immédiatement 2 Aujourd'hui 3 Demain 4 Pour le

Question reçue par	Temps pris par la réponse minutes	Réponse transmise par
Répondue par	Répondue le / / heure	Courrier <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/>
Vérifiée par	à <input type="checkbox"/> demandeur <input type="checkbox"/> autre	Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Sur place <input type="checkbox"/>

<p>DEMANDEUR</p> <p><input type="checkbox"/> 01 Médecin</p> <p><input type="checkbox"/> 02 Interne/Externe Médecine</p> <p><input type="checkbox"/> 03 Pharmacien</p> <p><input type="checkbox"/> 04 Interne Pharmacie</p> <p><input type="checkbox"/> 05 Externe Pharmacie</p> <p><input type="checkbox"/> 06 Infirmière</p> <p><input type="checkbox"/> 07 Sage-Femme</p> <p><input type="checkbox"/> 08 Particulier</p> <p><input type="checkbox"/> 09 Grossiste Répartiteur</p> <p><input type="checkbox"/> 10 Pharmacovigilance</p> <p><input type="checkbox"/> 11 Centre Anti-Poison</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Autre</p>	<p>ORIGINE <input type="checkbox"/> 15 Etablissement <input type="checkbox"/> 16 Autre Hôpital/Clinique <input type="checkbox"/> 17 Hors Hôpital</p> <p>REPONDEUR <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Préparateur</p> <p>CATEGORIES DE QUESTION</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 30 EI ou Toxiques <input type="checkbox"/> 31 Interaction <input type="checkbox"/> 32 Grossesse/Allaitement <input type="checkbox"/> 33 Posologie <input type="checkbox"/> 34 Identification/Equivalent <input type="checkbox"/> 35 Choix thérapeutique : Indication/CI/Pharmacoeconomie </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 36 Présentation/Statut/Disponibilité <input type="checkbox"/> 37 Pharmacotechnie <input type="checkbox"/> 38 Conseils aux Voyageurs <input type="checkbox"/> 39 Demande de documentation <input type="checkbox"/> 40 Travail Universitaire / Recherche <input type="checkbox"/> 41 Autre <input type="checkbox"/> 50 Dispositif Médical </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 30 EI ou Toxiques <input type="checkbox"/> 31 Interaction <input type="checkbox"/> 32 Grossesse/Allaitement <input type="checkbox"/> 33 Posologie <input type="checkbox"/> 34 Identification/Equivalent <input type="checkbox"/> 35 Choix thérapeutique : Indication/CI/Pharmacoeconomie	<input type="checkbox"/> 36 Présentation/Statut/Disponibilité <input type="checkbox"/> 37 Pharmacotechnie <input type="checkbox"/> 38 Conseils aux Voyageurs <input type="checkbox"/> 39 Demande de documentation <input type="checkbox"/> 40 Travail Universitaire / Recherche <input type="checkbox"/> 41 Autre <input type="checkbox"/> 50 Dispositif Médical
<input type="checkbox"/> 30 EI ou Toxiques <input type="checkbox"/> 31 Interaction <input type="checkbox"/> 32 Grossesse/Allaitement <input type="checkbox"/> 33 Posologie <input type="checkbox"/> 34 Identification/Equivalent <input type="checkbox"/> 35 Choix thérapeutique : Indication/CI/Pharmacoeconomie	<input type="checkbox"/> 36 Présentation/Statut/Disponibilité <input type="checkbox"/> 37 Pharmacotechnie <input type="checkbox"/> 38 Conseils aux Voyageurs <input type="checkbox"/> 39 Demande de documentation <input type="checkbox"/> 40 Travail Universitaire / Recherche <input type="checkbox"/> 41 Autre <input type="checkbox"/> 50 Dispositif Médical		

Références

Informations obtenues

Conclusion / Réponse / Intention

Signalement CRPV

OUI

NON

Suivi prévu

OUI

NON