

## Patient n°

Age :		
Sexe :	H <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Poids :		
IMC si renseigné dans le dossier :		
Capacité de déglutition :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>
Fonction rénale (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ):		

## Prescription

Par médicament	Med 1	Med 2	Med 3	Med 4	Med 5	Med 6
DC						
Forme galénique : FOS, sol buv , Inj , autres						
Posologie dose journalière ( en mg / UI)						
Durée de traitement oui/non						
Posologie adaptée à la fonction rénale Oui/Non/NC						
Médicament adapté aux capacités de déglutition du patient (cf liste Omédit-SFPC ) Oui/ Non						
Interactions niveau CI Oui/Non						
<i>Si oui Indiquer les noms de médicaments associés en DC</i>						
Interactions niveau déconseillé Oui/ Non						
<i>Si oui Indiquer les noms de médicaments associés en DC</i>						
Charge anticholinergique (cf calculateur Omedit)						
Critères STOPP généralistes oui/non						
Si oui A1 A2 A3						
Critères STOPP par système oui/non						
Si oui n° des critères B1 à B 21/ C1 à C16/ D1 à D25 /E1 à E10 / F1 à F8 / G1 à G4/ H1 à H9/ I1 à I8/ J1 à J9 / K1 à K12/ L1 à L6/ M1						

## Patient n°

Par médicament	Med 7	Med 8	Med 9	Med 10	Med 11	Med 12
DC						
Forme galénique : FOS, sol buv Sol inj , autres						
Posologie dose journalière ( en mg UI)						
Durée de traitement oui/non						
Posologie adaptée à la fonction rénale Oui/Non/NC						
Médicament adapté aux capacités de déglutition du patient (cf liste Omedit - SFPC ) oui/non						
Interactions niveau CI oui/non						
<i>Si oui Indiquer les noms de médicaments associés en DC</i>						
Interactions niveau déconseillé oui/non						
<i>Si oui Indiquer les noms de médicaments associés en DC</i>						
Charge anticholinergique (cf calculateur Omedit)						
Critères STOPP généralistes oui/non						
Si oui A1 A2 A3						
Critères STOPP par système oui/non						
Si oui n° des critères B1 à B 21/ C1 à C16/ D1 à D25 /E1 à E10 / F1à F8 / G1 à G4/ H1 à H9/ I1 à I8/ J1 à J9 / K1 à K12/ L1 à L6/ M1						

## Sur l'ensemble de la prescription

Critères START ( entourer les critères)	SA1, SB1,SB2, SB3, SB4, SB5, SB6, SB7, SB8, SB9, SB10, SB11, SC1, SC2, SD1, SD2, SD3, SD4, SD5, SD6, SD7, SE1, SE2, SE3, SE4,SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6, SF7, SG1, SG2, SG3, SH1, SH2, SH3, SH4, SH5, SH6, SH7, SH8, SH9, SI1, SI2, SI3, SI4, SI5, SJ1, SK1, SK2, SK3, SL1,SL2
Score Total charge anticholinergique	