**Programme PAERPA**

**Fiche de repérage d’un patient à risque de perte d’autonomie**

**par le Pharmacien d’officine**

Nom de la Pharmacie DATE :

Téléphone :  ………………………………………………………………..

Nom de la personne ressource de la pharmacie :

Destinataire de l’alerte : Dr ………………………………………….. à Dr ……………………………………………

Bonjour Docteur,

A l’occasion de ……………………………………………………………………………………………………………………..

Nous avons rencontré/discuté de votre patient(e) Mr /Mme :

Nom de Naissance : ………………………… ……….. Nom d’Usage : ………………………………… ……..

Prénom Officiel : ………………………………………

Né(e) le : …………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

No Sécu : …………………………………………………

Et cela nous amène, avec son accord de ce jour, …………………VERBAL ……………………Signé

A vous alerter sur :

* Le fait qu’il/elle ne semble pas observer le traitement prescrit par vos soins de façon idéale - résultat du score à préciser  () : …………………………
* Le fait qu’il/elle semble avoir une automédication à risque - préciser : …………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Le fait qu’il·elle ne peut plus gérer seul·e son diabète et l’adaptation des doses d’insuline, et a besoin d’un suivi infirmier.
* Le fait qu’il·elle ne peut plus prendre en charge seul·e ses pansements.
* Le fait qu’il·elle n’est plus en mesure d’assumer seul·e son hygiène quotidienne.
* Autres : ………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Observations/Actions entreprises par la pharmacie : ……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dans le cadre du PAERPA, et dans un souci de concertation entre les professionnels de santé entourant Mr/Mme............................................, je reste à votre disposition pour tout échange le/la concernant.