**Université Paris Saclay**

**Pharmacie Clinique**

**Dispensation des médicaments -Etude et Exécution de l’Ordonnance**

**UE 104**

**Préambule important**

Les changements de groupe sont interdits

Chaque étudiant doit :

- préparer l’analyse de l’ensemble des ordonnances pour chaque séance d’ED

- compléter les grilles d’analyse qui suivent chacune des ordonnances

Les grilles de réponse pourront être collectées par l’enseignant au cours de la séance d’ED.

Chaque étudiant sera interrogé au cours de différentes séances d‘ED. Les réponses permettront de déterminer une note de contrôle continu qui sera intégrée dans la note finale de l’UE.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Docteur Z.Medecin généraliste CMP 75 xXXX | **N°1** | Mme B (35 ans) |

05/10/2024

Prescription relative au traitement de l’affection de longue durée reconnue (liste et hors liste)

**SUBOXONE 8 MG LYOPH ORAL :** 2 cp/j

**VALIUM 5 MG CP** : 1cp/j

**QUETIAPINE LP 400 MG CP** : 2 cp le soir

**SELINCRO 18 MG CP** : 1cp/j

 Traitement pour 28 jours

Prescription sans rapport avec l’affection de longue durée reconnue

(MALADIES INTERCURRENTES)

 Signature PG

Université Paris Saclay-Pharmacie

Pharmacie Clinique

**Dispensation des médicaments-Etude et exécution de l’ordonnance**

Nom : Prénom :

Date :

**Objectif(s) clinique(s) et adéquation de l’ordonnance avec la stratégie thérapeutique recommandée**

**Analyse de l’ordonnance**

Posologies conformes :

□ Oui

□ Non : Pourquoi

Médicament(s) à marge thérapeutique étroite :

Interaction(s) médicamenteuse(s) dans l’ordonnance :

**Information(s) à demander au patient pour sécuriser la dispensation**

 **Page 1/2**

**Délivrez-vous l’ordonnance en l’état**

□ Oui

□ Non : pourquoi

**Conseils au patient en cas de délivrance**

Plan de prise (argumenter)

Surveillance clinique et/ou biologique

Citez les principaux effets indésirables **à signaler au patient**

Autres conseils et commentaires  :

 **Page 2/2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Docteur TTTAddictologue 75 XXxxxx | **N°2** | AC (53 ans) |

05/10/2024

**BACLOCUR 20 MG CPR :** 1 comprimé matin, midi et soir

**OLANZAPINE 20 MG CPR :** 1 cpr matin

**NICOTINELL TTS 21 MG /24H DISP TRANSDERM :** 1 patch par jour

**NICOTINELL 2 MG GOMME :** 1 gomme si besoin

QSP 6 mois

 Signature PG

Université Paris Saclay

Pharmacie Clinique

Dispensation des médicaments-Etude et exécution de l’ordonnance

Nom : Prénom :

Groupe : Date :

**Objectif(s) clinique(s) et adéquation de l’ordonnance avec la stratégie thérapeutique recommandée**

**Analyse de l’ordonnance**

Posologies conformes :

□ Oui

□ Non : Pourquoi

Médicament(s) à marge thérapeutique étroite :

Interaction(s) médicamenteuse(s) dans l’ordonnance :

**Information(s) à demander au patient pour sécuriser la dispensation**

**Délivrez-vous l’ordonnance en l’état**

□ Oui

□ Non

**Conseils au patient en cas de délivrance**

Plan de prise (argumenter)

Surveillance clinique et/ou biologique

Citez les principaux effets indésirables **à signaler au patient**

Autres conseils et commentaires  :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Docteur GH. Psychiatre 2 rue …92…. |  | Mme B 28 ans |

**N°3**

14/10/2024

**METHADONE CHLORHYDRATE AP-HP 40 MG/ 15ML :** 2 flacons monodose le matin

**RISPERIDONE 4 MG CPR :** 1 cp le soir

**CARBAMAZEPINE LP 400 MG CPR :** 1 cpr matin et soir

 Traitement pour 28 jours

 Signature PG

Université Paris Saclay

Pharmacie Clinique

Dispensation des médicaments-Etude et exécution de l’ordonnance

Nom : Prénom :

Groupe : Date :

**Objectif(s) clinique(s) et adéquation de l’ordonnance avec la stratégie thérapeutique recommandée**

**Analyse de l’ordonnance**

Posologies conformes :

□ Oui

□ Non : Pourquoi

Médicament(s) à marge thérapeutique étroite :

Interaction(s) médicamenteuse(s) dans l’ordonnance :

**Information(s) à demander au patient pour sécuriser la dispensation**

**Délivrez-vous l’ordonnance en l’état**

□ Oui

□ **Non** : pourquoi

**Conseils au patient en cas de délivrance**

Plan de prise (argumenter)

Surveillance clinique et/ou biologique

Citez les principaux effets indésirables **à signaler au patient**

Autres conseils et commentaires  :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Docteur G. G.Médecin généraliste75…. |  | Monsieur Y 40 ans |

**N°4**

15/10/24

**OROBUPRE 8 MG LYOPH ORAL :** huit milligrammes le matin et le soir

**PARACETAMOL 1 G CPR :** 1 cpr si douleur

**TRAMADOL LP 100 MG GEL :** 100 mg matin et soir

**PAROXETINE 20 MG CPR** : 1 cpr par jour

Traitement pour 1 mois

Signature PG

Université Paris Saclay

Pharmacie Clinique

Dispensation des médicaments-Etude et exécution de l’ordonnance

Nom : Prénom :

Groupe : Date :

**Objectif(s) clinique(s) et adéquation de l’ordonnance avec la stratégie thérapeutique recommandée**

**Analyse de l’ordonnance**

Posologies conformes :

□ Oui

□ Non : Pourquoi

Médicament(s) à marge thérapeutique étroite :

Interaction(s) médicamenteuse(s) dans l’ordonnance :

**Information(s) à demander au patient pour sécuriser la dispensation**

**Délivrez-vous l’ordonnance en l’état**

□ Oui

**□ Non :**

**Conseils au patient en cas de délivrance**

Plan de prise (argumenter)

Surveillance clinique et/ou biologique

Citez les principaux effets indésirables **à signaler au patient**

Autres conseils et commentaires  :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Docteur R. D. Psychiatre17 Bd XX94 XXX F….94 1 101…. | **N°5** | Monsieur D.41 ans |

08/10/24

**BUVIDAL 64 MG SOL INJ** : une injection par semaine

**N ACETYLCYSTEINE 200MG PDRE SOL BUV** : 1200 mg matin et soir

**SERESTA 10 MG CPR :** 2 cp par jour si besoin

QSP 1 mois

Signature PG

Université Paris Saclay

Pharmacie Clinique

Dispensation des médicaments-Etude et exécution de l’ordonnance

Nom : Prénom :

Groupe : Date :

**Objectif(s) clinique(s) et adéquation de l’ordonnance avec la stratégie thérapeutique recommandée**

**Analyse de l’ordonnance**

Posologies conformes :

□ Oui

□ Non : Pourquoi

Médicament(s) à marge thérapeutique étroite :

Interaction(s) médicamenteuse(s) dans l’ordonnance :

**Information(s) à demander au patient pour sécuriser la dispensation**

**Délivrez-vous l’ordonnance en l’état**

□ Oui

□ Non : pourquoi

**Conseils au patient en cas de délivrance**

Plan de prise (argumenter)

Surveillance clinique et/ou biologique

Citez les principaux effets indésirables **à signaler au patient**

Autres conseils et commentaires  :