

**Annexe 1. Bilan comparatif du médicament (BCM) – original.** © 2008 Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.  
 Reproduction autorisée.

CHU Sainte-Justine  
 3175 Côte Ste-Catherine  
 Montréal, Qc H3T 1C5  
 Tél : (514) 345-4931

**Bilan comparatif - Histoire médicamenteuse**

Allergies	<i>Ø</i>
Intolérances	

Poids (kg) <i>40,4</i>	Taille (cm)	S.C. (m <sup>2</sup> )	Diagnostic <i>Aréo spinal IVRS</i>
Personne ressource pour histoire (patient, mère, père...) <i>Pediatric</i>			Pharmacie(s) communautaire : contactée <input type="checkbox"/> Nom _____ Téléphone _____

Médicaments/traitements à la maison [incluant les médicaments prescrits ou non prescrits (OTC) et les gavages/laits]  (nom, dose, voie, horaire administration, date/heure dernière prise) (ceci ne constitue pas une ordonnance)	Intention Médicale		
	Cesser	Modifier	Poursuivre
<i>Ventolin PRN</i>			
<i>Flovent am-pm</i>			
<i>Lansol (PRN) DIE</i>			
<i>Robinal am-pm 1ml</i>			

Produits naturels (PSN) (incluant vitamines, herbes, etc.)

Autres informations pertinentes (problèmes de santé, observance, changements récents de médication, etc.)

Signature de(s) personne(s) ayant procédé à l'histoire médicamenteuse (cueillette d'informations)

Patient/parent/tuteur	Date / Heure:	Paraphe:
Professionnel désigné <i>S.XXXXX</i>	Date / Heure: <i>10 : 30</i>	Paraphe: <i>XX</i>
Autres professionnels	Date / Heure:	Paraphe:
Autres professionnels	Date / Heure:	Paraphe:

Cette histoire médicamenteuse peut être complétée par le patient (>14 ans) ou par le parent/tuteur qui doit signer le formulaire à l'endroit prévu. Cette histoire doit être effectuée ou vérifiée (si remplie par le patient/parent/tuteur) par le professionnel désigné. Tous les professionnels de la santé du CHU Sainte-Justine peuvent ajouter des renseignements à ce bilan comparatif – histoire médicamenteuse, si requis. Chaque personne qui ajoute des renseignements, lorsque pertinent et requis, doit parapher l'ajout et signer au long au bas de la feuille. Le prescripteur autorisé (i.e. médecin) peut indiquer son intention dans les colonnes CESSER, MODIFIER et POURSUIVRE s'il le désire. Toutefois, cette intention doit prendre la forme d'une nouvelle ordonnance, rédigée par un prescripteur autorisé au CHU Sainte-Justine, en vertu de la règle d'émission des ordonnances, et ce dans le formulaire requis.  
 BLANC – Dossier Sainte-Justine  
 (F-100 – GRM - 30004239 – Bilan comparatif – Histoire)

Document complémentaire à Penforinis S, Bédard P, Bailey B, Bussièrès JF. Conformité des bilans comparatifs des médicaments à l'admission transmis au département de pharmacie par télécopieur. *J Can Pharm Hosp* 2012;65(3):216-222.

**Annexe 2. Bilan comparatif du médicament (BCM) – révisé.** © 2010 Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.  
 Reproduction autorisée.

CHU Sainte-Justine  
 3175 Côte Ste-Catherine  
 Montréal, Qc H3T 1C5  
 Tél : (514) 345-4931

Bilan comparatif - Histoire médicamenteuse				
Allergies		<input checked="" type="checkbox"/> Aucune allergie		
Intolérances		<input checked="" type="checkbox"/> aucune intolérance		
Sources de l'histoire (cochez toutes les sources utilisées)		Pharmacie(s) communautaire(s)		
<input checked="" type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Médicaments (étiquettes, fioles) <input type="checkbox"/> Liste personnelle <input type="checkbox"/> Dossier médical <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		<input type="checkbox"/> Parents/tuteurs <input type="checkbox"/> Liste d'établissement de santé <input type="checkbox"/> Liste de la pharmacie → Nom Téléphone <input type="checkbox"/> contactée		
Médicaments et autres traitements pris lors des 2 dernières semaines à la maison (incluant les inhalateurs, gouttes oto-ophthalmiques, crèmes, gels, suppositoires et médicaments en vente libre, etc.)				
Nom	Dose	Voie	Horaire d'administration	Dernière prise
<i>Synthroid</i>	<i>175mg</i>	<i>p/o</i>	<i>AM</i>	<i>Ce AM</i>
<i>Sulfate ferreux</i>	<i>300mg</i>	<i>p/o</i>		<i>Il y a 1 sem</i>
<i>Insuline</i>	<i>6-0-0-0</i>	<i>s/c</i>	<i>AM</i>	
<i>Senokot</i>		<i>p/o</i>	<i>AM</i>	<i>Ahier</i>
Produits de santé naturels (PSN) (incluant vitamines, herbes, probiotiques, homéopathie, etc.)				
Nom	Dose	Voie	Horaire d'administration	Dernière prise
Vaccination				
<input type="checkbox"/> 2 mois DCaTP-Hib Pneumo. conj.		<input type="checkbox"/> 12 mois RRO MenC Varicelle Pneumo. conj.		<input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> année Hépatite B VPH
<input type="checkbox"/> 4 mois DCaTP-Hib Pneumo. conj.		<input type="checkbox"/> 18 mois DCaTP-Hib RRO		<input type="checkbox"/> 14-16 ans dcaT
<input type="checkbox"/> 6 mois DCaTP-Hib ± Influenza		<input type="checkbox"/> 4-6 ans DCaT-Polio		<input type="checkbox"/> Hépatite B néonatal
<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :		<input type="checkbox"/> Palivizumab (# doses )		<input type="checkbox"/> Confirmée par carnet de vaccination
Signature de(s) personne(s) ayant procédé à l'histoire médicamenteuse (cueillette d'informations)				
Patient/Parent/Tuteur	<u>M.XXXX</u>	Date / Heure	<u>11:00</u>	Initiales <u>XXX</u>
Professionnel	_____	Date / Heure	_____	Initiales _____
Professionnel	_____	Date / Heure	_____	Initiales _____

Document complémentaire à Penforinis S, Bédard P, Bailey B, Bussièrès JF. Conformité des bilans comparatifs des médicaments à l'admission transmis au département de pharmacie par télécopieur. *J Can Pharm Hosp* 2012;65(3):216-222.