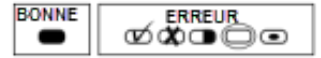




BCM-SCD - Bilan comparatif des médicaments: Soins de courte durée



DATE (jj/MMM/aa): _____ / _____ / _____



Pt #	A. Admission via	B. Un BCM a-t-il été fait?	C. MSTP selon >1 source	D. Utilisation réelle de la médication vérifiée par pt. /entrevue du prestataire de soins	E. Chaque médicament comprend le nom, la dose, la force, la voie d'adm. et la fréquence sur le MSTP et les ord. à l'admission	F. Chaque méd. sur le MSTP est justifié dans les ord. à l'admission	G. Le prescripteur a justifié les médicaments 'interrompus' et 'cessés'	H. Toute divergence est communiquée, résolue et documentée
1 <input type="radio"/> ANNULER	<input type="radio"/> URGENCE <input type="radio"/> PRE-ADM <input type="radio"/> DIRECTE <input type="radio"/> AUTRE	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS DE MÉD	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR	<input type="radio"/> OUI, S/D <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR
2 <input type="radio"/> ANNULER	<input type="radio"/> URGENCE <input type="radio"/> PRE-ADM <input type="radio"/> DIRECTE <input type="radio"/> AUTRE	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS DE MÉD	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR	<input type="radio"/> OUI, S/D <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR
3 <input type="radio"/> ANNULER	<input type="radio"/> URGENCE <input type="radio"/> PRE-ADM <input type="radio"/> DIRECTE <input type="radio"/> AUTRE	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS DE MÉD	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR	<input type="radio"/> OUI, S/D <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR
4 <input type="radio"/> ANNULER	<input type="radio"/> URGENCE <input type="radio"/> PRE-ADM <input type="radio"/> DIRECTE <input type="radio"/> AUTRE	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS DE MÉD	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR	<input type="radio"/> OUI, S/D <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR
5 <input type="radio"/> ANNULER	<input type="radio"/> URGENCE <input type="radio"/> PRE-ADM <input type="radio"/> DIRECTE <input type="radio"/> AUTRE	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS DE MÉD	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR <input type="radio"/> CELA N'A PU ÊTRE FAIT	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR	<input type="radio"/> OUI, S/D <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS CLAIR
NUM								
DENOM								
RÉSULTAT								

Consultez les instructions détaillées pour obtenir des directives pour remplir le formulaire de collecte de données et calcul des résultats. Des instructions sont disponibles dans le paquet de mesures de Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

