

	Enregistrement qualité				EQ 03 01 04
	DEMANDE DE PRISE DES MEDICAMENTS ET ACCORD POUR L'UTILISATION DU SYSTEME DE PDA				
	Rédigé par	Vérifié par	Approbateur	Edité le	Mis à jour
	S. DUSSERT	I. CAILLE	S.GALMICHE	10/04/2024	

Je soussigné(e) M./ Mine
 Résident de l'EHPAD Simon Bénichou

Ou représenté par
 En qualité de

Demande à l'EHPAD Simon Bénichou de bien vouloir prendre en charge la gestion des médicaments à conditions suivantes :

- La totalité des médicaments prescrits par le médecin traitant ou par un spécialiste est remis avec l'ordonnance à l'infirmière ou à la cadre de santé de l'établissement,
- La présence du double de la prescription médicale dans le dossier médical du résident,
- Les médicaments sont pris au moment de la distribution par le personnel soignant,
- Aucun médicament non prescrit et ordonnance non conforme ne seront délivrés par le personnel de l'établissement qui ne pourra être tenu responsable de la prise

En dehors du respect strict de ces conditions, la responsabilité de l'établissement ne pourra en aucun cas être engagée.

De plus, l'EHPAD Simon Bénichou et la Pharmacie Longo situé au 55 rue Jeanne d'Arc à Nancy, ont choisi de mettre en place un système de préparation de doses à administrer (PDA).

On entend par PDA un dispositif sécurisé de préparation de médicaments à distribuer selon la prescription médicale, soit sous forme de plaquette, soit sous forme de sachet.

Ce système de préparation permet de lutter contre les risques de iatrogénie, de faciliter la compréhension, l'administration, l'observance et l'évaluation du traitement.

Cette préparation à la pharmacie des médicaments en pilulier constitue l'une des modalités pour le pharmacien de l'acte de dispensation du médicament.

Le résident ou son représentant déclare en conséquence des informations qui précèdent :

- Accepte la dispensation de tout médicament par la Pharmacie Longo

Il est rappelé que le mandat donné à l'établissement concernant l'approvisionnement est révoquant à tout moment et que le résident ou son représentant conserve, en toutes circonstances, le libre choix de son pharmacien et la faculté de demander par écrit que son approvisionnement soit assuré par l'officine de son choix.

Je reconnais avoir pris connaissance des éléments énoncés ci-dessus.

Fait à Le

Signature du résident :	Signature du représentant légal :