

Chère patiente, Cher patient,

Merci de compléter le questionnaire ci-dessous **dès** votre admission/consultation ; il permettra au personnel médical, paramédical et infirmier de connaître **TOUT** votre traitement afin de vous assurer une prise en charge optimale.

Si vous avez déjà établi une autre liste complète et mise à jour de vos médicaments, veuillez la présenter au médecin dès votre arrivée.

Pourquoi est-ce important de compléter ce questionnaire ?

- Cela évite les erreurs médicamenteuses en cas d'hospitalisation.
- Un nouveau médicament peut avoir des interactions avec votre traitement habituel.
- Certains médicaments doivent être temporairement arrêtés ou modifiés en fonction de la raison de votre hospitalisation.



Date : . . / . . /

Personne qui s'occupe de mes médicaments :

MOI-MÊME

AUTRE : TÉL/GSM : /

Avez-vous un pharmacien de référence :

NOM : TÉL : /

ÉTIQUETTE PATIENT

Avez-vous déjà présenté des allergies et/ou intolérances à certains médicaments ?

QUELS MÉDICAMENTS ?

DÉCRIVEZ LA RÉACTION :

NOM ET FORME DU MÉDICAMENT	DOSAGE	MATIN	MIDI	APRÈS-MIDI	SOIR	COUCHER	INDICATIONS
							(raison de la prise du médicament) et REMARQUES ÉVENTUELLES (fréquence particulière, prise par rapport aux repas, schéma : ex : <i>sintrom 1-1-2</i>)
Exemple: MédicamentA® comprimé	2,5 mg	3					Pas tous les jours, mais 3 comprimés en 1 fois le jeudi
ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS SOUS FORME de COMPRIMÉS / GÉLULES ou LIQUIDE ou SIROP ?							

NOM ET FORME DU MÉDICAMENT	DOSAGE	MATIN	MIDI	APRÈS-MIDI	SOIR	COUCHER	INDICATIONS
							(raison de la prise du médicament) et REMARQUES ÉVENTUELLES (fréquence particulière, prise par rapport aux repas, schéma : ex : <i>sintram 1-1-2</i>)

ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS SOUS FORME d'INHALATEUR, PUFF ou AEROSOL ?

**ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS SOUS FORME de PATCH (collé à la peau) ?
APPLIQUEZ-VOUS une CRÈME/POMMADE ou un GEL ?**

**ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS SOUS FORME de GOUTTES ou de SPRAYS ?
(pour la bouche, le nez, les yeux ou les oreilles... ?)**

**ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS SOUS FORME d'INJECTION ?
(piqûre sous la peau, perfusion à l'hôpital)**

ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS D'AUTRES MÉDICAMENTS COMME DES SUPPOSITOIRES ? DES OVULES ?

--	--	--	--	--	--	--	--

Avez-vous pensé :

- aux médicaments contre la DOULEUR ?
- aux médicaments pour vous AIDER À VOUS ENDORMIR OU À VOUS DÉTENDRE ?
- aux médicaments DISPONIBLES SANS PRESCRIPTION (vitamines, plantes, homéopathie...)?

Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS DANS VOTRE TRAITEMENT CE DERNIER MOIS ?

OUI NON

Si OUI, LESQUELS ET POURQUOI ? (ex: médicament récemment ajouté/stoppé, modification du dosage, effet indésirable, etc.)

--

PENSEZ-VOUS QUE LE TRAITEMENT REPRIS CI-DESSUS SOIT COMPLET ?

OUI NON

Les informations communiquées dans ce questionnaire seront prises en considération au moment où nous le recevons.
Nous vous rappelons qu'il est essentiel de signaler tout changement à chaque visite chez un prestataire de soins.

Merci pour votre collaboration !

Le Groupe Qualité et le Service de Pharmacie Clinique