



NOM ET FORME DU MÉDICAMENT	DOSAGE	VOIE ADMINISTRATION	MATIN	MIDI	APRÈS-MIDI	SOIR	COUCHER	INDICATIONS
								(Raison de la prise du médicament) <u>ET</u> REMARQUES ÉVENTUELLES (Fréquence particulière, prise par rapport aux repas, schéma)
<b>ACTUELLEMENT, prenez-vous des médicaments sous forme d'INHALATEUR, PUFF ou AEROSOL ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
<b>ACTUELLEMENT, prenez-vous des médicaments sous forme de PATCH (colle à la peau) ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
<b>Appliquez-vous une CREME/POMMADE ou un GEL ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
<b>ACTUELLEMENT, prenez-vous des médicaments sous forme de GOUTTES ou de SPRAYS ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
<b>(pour la bouche, le nez, les yeux, les oreilles ?)</b>								
<b>ACTUELLEMENT, prenez-vous des médicaments sous forme d'INJECTION ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
<b>(sous la peau, perfusion à l'hôpital)</b>								
<b>ACTUELLEMENT, prenez-vous des médicaments comme des SUPPOSITOIRES, des OVULES ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
<b>ACTUELLEMENT, quel(s) médicament(s) prenez-vous de manière OCCASIONNELLE ?</b>								
Exemple : si besoin, à la demande...								
<b>Avez-vous pensé aux médicaments :</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contre la DOULEUR ?</li> <li>• Pour vous aider à vous ENDORMIR ou à vous DÉTENDRE ?</li> <li>• DISPONIBLES SANS PRESCRIPTION (vitamines, plantes, compléments alimentaires...)?</li> <li>• Pour l'ESTOMAC et les INTESTINS (diarrhée, constipation, reflux) ?</li> </ul>								
<b>Avez-vous des difficultés à AVALER certains médicaments ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
<b>ECRASEZ-vous ou COUPEZ-vous certains de vos médicaments ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
Si <b>OUI</b> , Lesquels ? .....								
<b>Ce dernier mois, y a-t-il eu des CHANGEMENTS dans votre traitement ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
Si <b>OUI</b> (par exemple : médicament ajouté / médicament arrêté / modification de dosage)								
Lesquels ? .....								
Pourquoi ? .....								
<b>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris des ANTIBIOTIQUES ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
Si <b>OUI</b> , lesquels ? .....								
Pourquoi ? .....								
<b>Avez-vous déjà présenté des ALLERGIES et/ou INTOLÉRANCES à des médicaments ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
Quel(s) médicament(s) a/ont induit cette réaction ? .....								
Délai de survenue ? (<1h, 1-6h, 6-24h, >24h, plusieurs jours).....								
Décrivez la réaction : .....								
Comment a-t-elle été prise en charge ? (hospitalisation/prise de médicament/autre) .....								
De quand date la dernière réaction ? .....								
Avez-vous repris ce médicament depuis la dernière réaction ? .....								
<b>Pensez-vous que le traitement repris ci-dessus soit COMPLET ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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