

Chère patiente, Cher patient, Connaitre vos médicaments, c’est important pour nous et pour vous !  
 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. Une fois la liste complétée, **veuillez-la remettre au médecin qui s’occupe de vous.**  
 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 ?**

- Le motif de votre admission/consultation est peut-être lié à l’un de vos médicaments
- 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
- N’hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant ou votre pharmacien de ville



Liste complétée le : ...../...../.....

Personne qui s’occupe de mes médicaments :

Moi-même     Autre : ..... Tél : ...../.....

Avez-vous un pharmacien de référence ?

Nom : ..... Tél : ...../.....

Médecin traitant :

Nom : ..... Tél : ...../.....

**Etiquette PATIENT ou**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

NOM ET FORME DU MÉDICAMENT	DOSAGE	VOIE ADMINISTRATION	MATIN	MIDI	APRÈS-MIDI	SOIR	COUCHER	INDICATIONS
								(Raison de la prise du médicament) <b>ET REMARQUES ÉVENTUELLES</b> (Fréquence particulière, prise par rapport aux repas, schéma)
Exemple : Médicament A* comprimé	2,5 mg	Par la bouche	3					Pas tous les jours, mais 3 comprimés en 1 fois le jeudi

**ACTUELLEMENT, prenez-vous des médicaments sous forme de COMPRIMES/GELULES ou LIQUIDE ou SIROP ?**




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