



Date:/...../.....

NOM:.....

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:/...../.....

QUESTIONNAIRE MÉDICAMENTS À COMPLÉTER PAR LE PATIENT (OU ACCOMPAGNANT)

NOMS ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE	
MÉDECIN TRAITANT :	TÉL :/.....
PHARMACIE HABITUELLE :	TÉL :/.....
PERSONNE QUI S'OCCUPE DE MES MÉDICAMENTS : <input type="checkbox"/> MOI <input type="checkbox"/> AUTRE :	TÉL :/.....

QUEL EST VOTRE POIDS ? kg
QUELLE EST VOTRE TAILLE ? cm

AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ET/OU INTOLÉRANCES À CERTAINS MÉDICAMENTS ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
MÉDICAMENTS(S) PROVOQUANT L'ALLERGIE/INTOLÉRANCE :	DÉCRIVEZ LA RÉACTION :		
-	-		
-	-		

VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE :

Chaque fois que vous répondez "OUI" à une question, merci de compléter le tableau au verso de cette feuille

ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS SOUS FORME DE...	OUI	NON
• COMPRIMÉS ET/OU GÉLULES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• SPRAY NASAL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• INJECTION ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• INHALATEUR, PUFF OU AÉROSOL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• PATCH (collé sur la peau) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CRÈME OU GEL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• LIQUIDE OU SIROP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• SUPPOSITOIRE (voie rectale) OU OVULE (voie vaginale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• GOUTTES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• PRÉPARATION MAGISTRALE (réalisée par le pharmacien d'officine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ÉCHANTILLON FOURNI PAR VOTRE MÉDECIN ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS POUR...	OUI	NON
• LE SYSTÈME NERVEUX (sommeil, anxiété, dépression, épilepsie, maladie d'Alzheimer, Parkinson, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• LA DIGESTION (acidité estomac, nausées, vomissements, constipation, diarrhée, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• LA RESPIRATION : NEZ, BOUCHE, GORGE, POUMONS (asthme, bronchite, toux, rhume, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• LE CŒUR (hypertension, troubles du rythme, insuffisance cardiaque, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• LA CIRCULATION DU SANG (pex : Sintrom®, Fraxiparine®, Clexane®, Pradaxa®, Xarelto®, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CONTRE LA DOULEUR ET/OU LA FIÈVRE (pex : Aspirine®, Dafalgan®, Contramal®, codéine, morphine, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• LE DIABÈTE OU LE CHOLESTÉROL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• LES OS, LES MUSCLES OU LES ARTICULATIONS (rhumatisme, ostéoporose, arthrite, goutte, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A BASE D'HORMONES (thyroïde, pilule contraceptive, ménopause, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A BASE DE GLUCOCORTICOIDES (pex : Medrol®, Hydrocortisone®, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• LA PEAU (psoriasis, acné, eczéma, verrue, herpès, zona, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• LES REINS, LA VESSIE, LES ORGANES GÉNITAUX (incontinence, impuissance, fécondation, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• LES YEUX OU LES OREILLES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'ALLERGIE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CONTRE LE CANCER ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CONTRE LE REJET D'ORGANE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UNE CARENCE (vitamines, minéraux, toniques, complément alimentaire ; pex : fer, calcium, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DURANT CES 3 DERNIERS MOIS : AVEZ-VOUS PRIS DES MÉDICAMENTS CONTRE L'INFECTION ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
--	------------------------------	------------------------------

SI VOUS AVEZ DÉJÀ ÉTABLI UNE LISTE DE VOS MÉDICAMENTS, VEUILLEZ EN JOINDRE UNE COPIE À CE DOCUMENT.

© CHU UCL MONT-GODINNE - DINANT



LA LISTE DES MÉDICAMENTS QUE JE PRENDS ACTUELLEMENT

(Cette liste est réalisée par le patient ou un accompagnant, celle-ci ne peut être considérée ni comme une prescription ni comme une liste validée médicalement !)

Aucune médication

MÉDICAMENTS SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE (Rx)									
RÉGULIÈREMENT	AU BESOIN	NOM ET FORME DU MÉDICAMENT	DOSAGE	MATIN	MIDI	APRÈS-MIDI	SOIR	COUCHER	REMARQUES ÉVENTUELLES fréquence particulière, prise par rapport aux repas, schéma (ex : sintrom 1-1-2)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exemple: MedicamentA [®] comprimé	2,5 mg	3					Pas tous les jours, mais 3 comprimés en 1 fois le jeudi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
NON-SOUMIS À PRESCRIPTION (VITAMINES, MINÉRAUX, PLANTES, HOMÉOPATHIE, ...)									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

SI VOUS N'AVEZ PAS EU ASSEZ DE PLACE, N'HÉSITEZ PAS À DEMANDER UNE SECONDE FEUILLE.

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