



MES MÉDICAMENTS

Nom et prénom:

ou vignette

1. Veuillez remplir consciencieusement ce questionnaire + la liste de vos médicaments au verso (*). Utilisez de préférence des majuscule. Au besoin, demandez un membre de votre famille, votre médecin traitant ou votre pharmacien de référence de vous aider.
(* Si une liste a été établie récemment, vous pouvez utiliser cette liste. Il suffit de remplir le questionnaire.
2. Apportez les deux formulaires:
 - à la consultation d'anesthésie (consultation qui précède une intervention où un examen sous anesthésie),
 - lors de chaque admission.
3. Apportez aussi chaque fois vos médicaments.
 - Pour que nous puissions contrôler votre liste si elle n'est pas assez claire.
 - Certains médicaments ne seront peut-être pas disponibles au moment de votre admission, comme
 - les médicaments que nous ne gardons pas en permanence en stock,
 - ceux utilisés dans le cadre d'études,
 - les produits qui ne sont pas courants (ex. pour une maladie rare).

Vous ne devez pas apporter vos médicaments à conserver au frigo, sauf si le médecin le demande. Il suffit de les noter sur la liste. Dès que nous disposons de tous les produits, vos médicaments vous seront rendus.
4. Pas d'hospitalisation ou d'anesthésie en perspective? Apportez toutefois la liste de vos médicaments à chaque consultation pour permettre au médecin de vérifier ou d'adapter votre traitement si nécessaire.

1. QUESTIONNAIRE

rempli le (date)

- Souffrez-vous d'hypersensibilité ou d'allergies à certains produits ? non oui :
 antibiotiques agents de contraste sparadrap/pansement latex/caoutchouc iode
 autres:
- Respectez-vous les prescriptions en prenant vos médicaments ? oui non :
 je souffre de dysphagie je modifie moi-même la dose je ne les prends pas chaque fois
 autres:
- Votre schéma de médication a-t-il changé récemment ? Si oui, qu'est-ce qui a changé ?
.....
- Avez-vous récemment pris des antibiotiques ? Si oui, lesquels ?
- Qui devons-nous contacter pour plus d'information sur votre médication, si besoin ?
 Pharmacien de référence Médecin traitant Infirmier/ère à domicile Institution
 Famille/connaissance : (lien de parenté)
Nom et numéro de téléphone :



