

Entretien de polymédication

Nom	Prénom	N° du patient
Rue	Lieu	Tél.

Actuellement, le patient prend quotidiennement quatre ou davantage de médicaments sur prescription médicale et sur une période d'au moins trois mois.

Le patient accepte que le pharmacien fasse un entretien de polymédication.

Date de naissance ____ / ____ / ____ Sexe masculin féminin

1. Entretien Heure de début: ____ h ____

	Médicaments actuels (prescrits par le médecin) (cet entretien se base sur les informations du patient et/ou sur la documentation disponible à la pharmacie) Suite en page 2	Besoin de conseils pour l'utilisation de ce médicament?		Oubliez-vous parfois de prendre ce médicament?	Commentaires & autres indications (au besoin, poursuivre au verso)
		Savoir comment	Savoir pourquoi		
1	Nom / Dose / Forme galénique nouveau? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conseils? <input type="checkbox"/>	
2	Nom / Dose / Forme galénique nouveau? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conseils? <input type="checkbox"/>	
3	Nom / Dose / Forme galénique nouveau? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conseils? <input type="checkbox"/>	
4	Nom / Dose / Forme galénique nouveau? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conseils? <input type="checkbox"/>	
5	Nom / Dose / Forme galénique nouveau? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conseils? <input type="checkbox"/>	
6	Nom / Dose / Forme galénique nouveau? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conseils? <input type="checkbox"/>	
7	Nom / Dose / Forme galénique nouveau? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conseils? <input type="checkbox"/>	
8	Nom / Dose / Forme galénique nouveau? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conseils? <input type="checkbox"/>	
9	Nom / Dose / Forme galénique nouveau? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	Conseils? <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Conseils? <input type="checkbox"/>	

Automédication oui non Listage avec posologie

Commentaires / Suite au verso

2. Conseils

Conseils sur l'utilisation des médicaments

3. Recommandations	Patient d'accord	Commentaires:
<input type="checkbox"/> Semainier par le pharmacien	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Soutien intensif à la compliance	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Renouvellement de l'entretien dans mois	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Transmission au médecin/autre professionnel	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	NOM Tél.
<input type="checkbox"/> Analyse plus approfondie (p.ex. interactions, effets indésirables, duplications)		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Date: ____ / ____ / ____ Heure de fin: ____ h ____

Signature du patient

Timbre de la pharmacie / Signature du pharmacien: