

## FICHE DE TRAVAIL POUR L'ENTREVUE RÉSERVÉ À L'USAGE DU PHARMACIEN

Nom du patient

Pour chaque médicament pris par le patient, vérifier :

|   | <b>Vu</b>                | <b>Commentaires/problèmes/intervention</b>              |                       | <b>Suivi</b>                  |
|---|--------------------------|---|-----------------------|-------------------------------|
| que le nom générique et le nom de marque sont connus  | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> | <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non |
| que l'indication est comprise   | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> | <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non |
| que la posologie est connue   | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> | <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non |
| que les consignes spéciales d'utilisation sont comprises (à jeun, sous la langue, p. ex.)                                       | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> | <input type="radio"/> | Yes <input type="radio"/> Non |
| que le médicament est pris de la manière prescrite  | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> | <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non |
| que le patient a eu une démonstration s'il y a lieu (inhalateurs, gouttes pour les yeux, p. ex.)                                | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> | <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non |
| que l'étiquetage et l'emballage sont adéquats ( fioles faciles à ouvrir ou plaquettes, difficulté à lire les étiquettes, p.ex.) | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> | <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non |
| que le mode d'entreposage est adéquat   | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> | <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non |
| que la date de péremption n'est pas dépassée et que le patient sait comment se défaire de médicaments périmés                   | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> | <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non |

## FICHE DE TRAVAIL POUR L'ENTREVUE (suite)

Expliquer les problèmes liés à l'utilisation des médicaments à partir des commentaires de la première page et indiquer les actions proposées et les suivis. Le « Guide PharmaConsulte » peut être un outil utile pour proposer des solutions. Les pharmaciens devraient se familiariser avec les conseils qui y sont donnés pour les aider à résoudre les problèmes.

Nom du patient

Date de l'examen des traitements médicamenteux

Pharmacien

### Médicaments apportés au rendez-vous (ne figurant pas dans le profil)

### Problèmes

### Actions

### Suivi

Pour terminer l'examen des traitements médicamenteux PharmaConsulte, veuillez remplir la Fiche personnelle de médicaments (obligatoire) et les lettres au médecin (le cas échéant).