



NOM: .....

PRÉNOM: .....

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

(ou apposer l'étiquette du patient)

DATE : ...../...../.....

## QUESTIONNAIRE MÉDICAMENTS

### A insérer dans le dossier du patient

Ce questionnaire est à compléter par le patient ou son accompagnant, à l'admission aux urgences.

É T A P E S	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questions concernant votre traitement → Pour chaque question : cocher la case correspondant à votre réponse svp</li> </ul>
	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Votre liste de médicaments → À remplir de la manière la plus correcte et complète possible</li> </ul>
	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier que chaque réponse « oui » ci-dessous correspond bien à un médicament inscrit dans le tableau au verso, et compléter la liste de vos médicaments si nécessaire</li> </ul>

ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS SOUS FORME DE :	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
➤ COMPRIMÉS OU GÉLULES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ LIQUIDE (sirop, gouttes orales, bain de bouche,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ INHALATEUR, PUFF, OU AÉROSOL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ SPRAY NASAL OU BUCCO-PHARYNGÉ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ GOUTTES (pour les yeux, les oreilles, le nez) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ CRÈME, POMMADE OU GEL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ PATCH (collé sur la peau) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ INJECTION (piqûre ou perfusion) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ SUPPOSITOIRE (voie rectale) OU OVULE (voie vaginale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ PRÉPARATION MAGISTRALE (réalisée par le pharmacien d'officine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ ÉCHANTILLON FOURNI PAR VOTRE MEDECIN ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS POUR :	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
➤ LE SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL (acidité estomac, ulcère, nausées, constipation, diarrhée, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ LE CŒUR (hypertension, troubles du rythme, insuffisance cardiaque,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ LA CIRCULATION DU SANG (ex : Asaflow®, Plavix®, Sintrom®, Fraxiparine®, Clexane®, Pradaxa®, Xarelto®,....) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ LE SYSTÈME NERVEUX (sommeil, anxiété, dépression, épilepsie, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ UN PROBLEME RESPIRATOIRE (toux, rhume, angine, laryngite, asthme, bronchite,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ LE DIABÈTE OU LE CHOLESTÉROL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ LES YEUX OU LES OREILLES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ CONTRE LA DOULEUR ET/OU LA FIÈVRE (ex : Aspirine®, Dafalgan®, Contramal®, codéine, morphine,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ LES OS, LES MUSCLES OU LES ARTICULATIONS (rhumatisme, ostéoporose, arthrite, goutte,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ LA PEAU (acné, eczéma, verrue, herpès, zona, psoriasis,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ LES REINS, LA VESSIE, LES ORGANES GÉNITAUX (incontinence, impuissance, fécondation,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ UN TRAITEMENT HORMONAL (thyroïde, pilule contraceptive, ménopause,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ UNE CARENCE (Vitamines - ex : vitamine C, D-Cure® / Minéraux - ex : Fer, Magnesium, Calcium / Toniques -ex : ginseng / Complément alimentaire, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ À BASE DE « CORTISONE » (ex : Medrol®, Hydrocortisone®, Betnelan®, Terra-Cortril®,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ TRAITER UNE INFECTION (antibiotiques) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ TRAITER UNE ALLERGIE (ex : Zyrtec®, Xyzall®, Aerius®, Fenistil®,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ TRAITER UN CANCER ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ CONTRE LE REJET D'ORGANE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

