

## Fiche médicaments

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Evalueur : \_\_\_\_\_

- Médicaments prescrits / pris :**

Noms des médicaments	Posologies - <u>Prescriptions</u>					<u>Non respect de la prescription</u> (1)	<u>Relevés des écarts prescriptions / prises</u> (2)				
	Matin	Midi	Am	Soir	Nuit		Matin	Midi	Am	Soir	Nuit
1 :						<input type="checkbox"/>					
2 :						<input type="checkbox"/>					
3 :						<input type="checkbox"/>					
4 :						<input type="checkbox"/>					
5 :						<input type="checkbox"/>					
6 :						<input type="checkbox"/>					
7 :						<input type="checkbox"/>					
8 :						<input type="checkbox"/>					
9 :						<input type="checkbox"/>					
11 :						<input type="checkbox"/>					
12 :						<input type="checkbox"/>					
13 :						<input type="checkbox"/>					
14 :						<input type="checkbox"/>					
15 :						<input type="checkbox"/>					
16 :						<input type="checkbox"/>					

(1) Cocher la case si la prise du médicament ne correspond pas à la prescription disponible

(2) A renseigner uniquement si la prise du médicament ne correspond pas à la prescription disponible

- Médicaments prescrits par : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

- Facteurs de l'observance médicamenteuse :**

→ **Préparation du traitement :**

**Le traitement est préparé par ?**

La personne elle-même  Une autre personne ou un professionnel, qui ? \_\_\_\_\_

**A quelle périodicité ?**

Plusieurs fois par jour  Une fois par jour  Une fois par semaine

→ **Surveillance, vérification d'une prise correcte du traitement par ?**

La personne elle-même  Une autre personne ou un professionnel, qui ? \_\_\_\_\_

**A quelle périodicité ?**

Plusieurs fois par jour  Une fois par jour  Une fois par semaine