|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de tous les médicaments pris**Nom : Prénom : Age : Poids : Adresse : Médecin traitant : **Fiche d’analyse des traitements (1/2)**  | **Dosage** | **Forme** | **Posologie** | **Problème lié à la prise (forme galénique)** | **Problème d’observance** | **Survenue d’effets indésirables** | **Origine de la prise (prescription/ automédication** | **Remarques liées à l’analyse** | **Remarques du médecin traitant** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



|  |  |
| --- | --- |
| **Observance du patient** (à détailler en fonction des traitements concernés)  |  |
| **Recommandations et alternatives proposés liés à l’état général du patient**  |  |
| **Recommandations et alternatives proposés liés à la prise de médicaments**  |  |



Nom :

Prénom :

Age :

Poids :

Adresse :

Médecin traitant :

**Fiche d’analyse des traitements (2/2)**