

Nom :

Prénom :

Age :

Poids :

Adresse :

Médecin traitant :

**Fiche de recueil des informations : le patient**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Le patient** | **Questions** | **Réponses** |
| **Comment vous sentez-vous aujourd’hui ?** |  |
| **De quoi aimeriez-vous parlez ?** |  |
| **Quelle est votre histoire ? (maladie(s), antécédents)** |  |
| **Racontez-moi une de vos journées (activité physique, habitudes alimentaires, prise de médicaments, alcool, tabac…)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Les traitements** | **Questions**  **Fiche de recueil des informations : les traitements** | /Users/quentingardan/Downloads/icons8-main-avec-une-pilule-100-2.png**Réponses** |
| **Quels médicaments prenez-vous ? (prescrits, automédication si douleurs, maux de tête, rhume, constipation…)** |  |
| **A quoi servent vos médicaments ?** |  |
| **Que pensez-vous de votre traitement ?** |  |
| **Comment se passe votre traitement ?** |  |
| **Lesquels trouvez-vous important ?** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ../../../../Downloads/icons8-discuter-homme-100.pngThème général  **Guide simplifié pour l’entretien de recueil**  **des traitements médicamenteux** | Questions posées | Questions correspondantes du guide d’entretien validé par l’HAS |
| Le patient | **Comment vous sentez-vous aujourd’hui ?** |  |
| **De quoi aimeriez-vous parler ?** |  |
| **Quelle est votre histoire ? (Maladies, antécédents…)** | Vivez-vous seul(e) à votre domicile, accompagné(e) ou en institution ? |
| Avez-vous une maladie rénale ou hépatique (insuffisance rénale, hépatique) ou tout autre antécédent identifié ? |
| Avez-vous des problèmes de déglutition, de vision, des douleurs articulaires… ? |
| Souffrez-vous d’allergie ? |
| **Racontez-moi une de vos journées (activité physique, habitudes alimentaires, prise des médicaments…)** | Quelqu’un vous aide-t-il au quotidien ? SI oui, qui ? |
| Quelles sont vos habitudes alimentaires (combien de repas et quand ?) |
| Suivez-vous un régime alimentaire particulier (sans sel …) ? |
| Consommez-vous certains produits comme l’alcool, le pamplemousse ? |
| A quelle fréquence et quand prenez-vous vos médicaments ? |
| A quel moment de la journée prenez-vous vos médicaments ? Avez-vous des rappels ? |
| Vos médicaments sont-ils préparés par vous ou quelqu’un d’autre ? |
| Etes-vous aidé(e) dans la prise de vos médicaments ? |
| Les traitements | **Quels médicaments prenez-vous ? (+ automédication si douleurs, maux de tête, rhume, constipation...)**  **A quoi servent-ils ?** | Savez-vous à quoi servent ces médicaments ? |
| Prenez-vous d’autres produits par vous-même : aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, compléments alimentaires, dispositifs médicaux … |
| Avez-vous pris des antibiotiques récemment ? |
| **Que pensez-vous de votre traitement ?** | Souhaitez-vous être aidé dans la prise de vos médicaments ? |
| Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, vous avez l’impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? |
| Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? |
| **Comment se passe votre traitement ?** | Avez-vous récemment arrêté ou modifié un traitement prescrit et pourquoi ? |
| Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (somnolence, douleurs articulaires) ? |
| Avez-vous déjà ressenti des effets indésirables liés à vos médicaments ? Si, oui comment luttez-vous contre ceux-ci ? |
| Vous reste-t-il des médicaments à la fin du mois ? et pour d’autres au contraire êtes-vous toujours en rupture ? |
| Avez-vous tendance à oublier certains de vos médicaments ? |
| Avez-vous certains médicaments en grande quantité chez vous ? |
| Avez-vous des difficultés à prendre vos médicaments (sécheresse buccale, gélules trop grosses…) ? |
| Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ? |
| Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ? |
| Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l’heure habituelle ? |
| Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? |
| **Lesquels trouvez-vous important ?** | Prenez-vous un médicament qui nécessite un suivi particulier ? : antidiabétiques, anticoagulant… |