



## Fiche de recueil des informations : le patient

Nom :  
Prénom :  
Age :  
Poids :  
Adresse :  
Médecin traitant :

<b>Le patient</b>	<b>Questions</b>	<b>Réponses</b>
	<b>Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?</b>	
	<b>De quoi aimeriez-vous parler ?</b>	
	<b>Quelle est votre histoire ? (maladie(s), antécédents)</b>	
	<b>Racontez-moi une de vos journées (activité physique, habitudes alimentaires, prise de médicaments, alcool, tabac...)</b>	



Les traitements	Questions	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 ?		



# Guide simplifié pour l'entretien de recueil des traitements médicamenteux

Thème général	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 ?		
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 ?
	<b>Lesquels trouvez-vous important ?</b>	Prenez-vous un médicament qui nécessite un suivi particulier ? : antidiabétiques, anticoagulant...