Nom de la Pharmacie :

TABLEAU DE RECUEIL DES DONNEES

Date	Initiales du pharmacien / préparateur / étudiant	Initiales du patient (nom/prénom) + Date de naissance	Traitement(s) antiashtmatique (s) DE CRISE				Traitement(s) antiasthmatique(s) DE FOND				Acceptation d'inclusion par le patient *(Oui - Non)*	Score ACT d'inclusion	Utilisation du dispositif d'inhalation *(non évaluée - correcte - inadaptée)*	Observance du traitement de fond *(non évaluée _ régulière - irrégulière)*	Contact avec le médecin généraliste référent *(Non, si oui moyen : mail, tel, fax, autre...)*	Retour(s) / démarche(s) engagée(s) (exemple : changement de dispositif d'inhalation, changement de dosage, prescription d'une chambre d'inhalation...)	Score ACT 3 mois après	Amélioration(s) ressentie(s) / observée(s) / exprimée(s)
			Noms spécialité + dispositif	Dosage	Posologie	Date de la dernière dispensation	Noms spécialité + dispositif	Dosage	Posologie	Date de la dernière dispensation								