



Programme de **TRANS**formation des pratiques cliniques **InT**erprofessionnelles pour améliorer la qualité des soins préventifs en première ligne

SVP faxer ce formulaire au GMF du patient, à l'attention de l'infirmière-pivot ou du pharmacien-GMF s'il y a lieu.

## HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE

Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

### DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

### GESTION/OBSERVANCE DE LA MÉDICATION

**Allergie(s) :** \_\_\_\_\_

**Système de gestion de la médication :**

Aucun       Dispill préparé par :       Autre : \_\_\_\_\_  
 Manerex       Pharmacien  
 Pilulier       Patient

**Intolérance(s) :** \_\_\_\_\_

**Géré par :**       Patient       Aidant       Foyer

**Poids :** \_\_\_\_\_      **Taille :** \_\_\_\_\_

**Observance :**       Adéquate       Inadéquate  
 Douteuse

**Problème de prises de la médication** (ex : difficulté à avaler les comprimés, mettre les gouttes dans les yeux, inhaler Rx, manipuler vial, ...)

### MÉDICAMENTS


### MÉDICAMENTS SANS ORDONNANCE, PRODUITS NATURELS, VITAMINES, ...

--	--

### NOTES/COMMENTAIRES


Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et signature de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_