


Version n°	1.0	En vigueur à partir de	dec 2016
Numéro du document	CS 483	Service	Pharmacie

**SCHÉMA DE MÉDICATION : MÉDICATION À DOMICILE**  
 (À COMPLÉTER PAR LE PATIENT, DE PRÉFÉRENCE AVEC UN DERNIER CONTRÔLE DU MÉDECIN DE FAMILLE)

<p>az monica </p> <p><b>LISTE PERSONNELLE DES MÉDICAMENTS</b></p>	<p>Date de l'intervention (<i>si cela est applicable</i>) : ... / ... / .....</p> <p>Nom - prénom du patient : .....</p> <p>Date de naissance : ... / ... / .....</p>
--	---

**LORS DE VOTRE HOSPITALISATION, APPORTEZ LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ CHEZ VOUS**

- Notez tous les médicaments que vous prenez **quotidiennement ou régulièrement** dans le tableau au verso. N'hésitez pas à demander l'aide de votre spécialiste, médecin de famille ou pharmacien.  
  
N'oubliez pas les anticoagulants, les médicaments réducteurs de cholestérol, les médicaments contre le diabète, les somnifères, les analgésiques, les corticoïdes, les préparations hormonales, les médicaments contre les problèmes d'estomac, les collyres, les gouttes auriculaires, les suppléments alimentaires, les inhalateurs, les onguents, les patchs transdermiques, les herbes et les injections.
- Rangez ces médicaments dans leur emballage original dans le sachet à médicaments, et emportez le tableau et le sachet lors de votre hospitalisation. Cela permettra d'effectuer un contrôle supplémentaire de vos médicaments. À votre arrivée à l'hôpital, donnez votre sachet aux collaborateurs du service. Ils vous le restitueront lorsque vous quitterez l'établissement.

<b>Êtes-vous allergique à certains médicaments ?</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui : Lesquels ?	<input type="checkbox"/> pénicilline	<input type="checkbox"/> produits de contraste
	<input type="checkbox"/> autres :	..... ..... .....
Décrivez la réaction :	<input type="checkbox"/> éruption cutanée	<input type="checkbox"/> douleurs articulaires
	<input type="checkbox"/> essoufflement	<input type="checkbox"/> fièvre
	<input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> choc
		<input type="checkbox"/> démangeaisons
	..... ..... .....	
<b>Avez-vous récemment (&lt; 3 mois) arrêté la prise de médicaments ?</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui : lesquels ?	<input type="checkbox"/> antibiotiques	<input type="checkbox"/> corticoïdes
	<input type="checkbox"/> autres : .....	