



Liste des médicaments à domicile

C.H.U. de Charleroi



Etiquette patient

Pourquoi remplir ce formulaire ?

Remplir ce document va permettre au personnel médical et infirmier de connaître TOUT votre traitement afin de vous prendre en charge dans les meilleures conditions possibles.

Si le patient n'a pas complété lui-même ce formulaire, indiquer votre nom et le lien de parenté :

Nom et/ou adresse de votre pharmacie habituelle :

Qui s'occupe de vos médicaments à la maison ? Moi - Autre :

Avez-vous déjà eu des allergies ou effets secondaires à certains médicaments ? Oui - Non

➤ Si oui, quels médicaments :

➤ Quel(s) type(s) de réaction(s) ? : (ex : réaction cutanée, chute de tension, ...)

Avez-vous pris des antibiotiques durant les 2 dernières semaines ? Si oui, quel antibiotique ?

Afin d'avoir une liste complète de vos médicaments, répondez aux questions suivantes en remplissant le tableau au verso :

Actuellement, prenez-vous des <u>MÉDICAMENTS</u> pour : (cette liste de pathologies n'est pas exhaustive)			
Système nerveux		Epilepsie, Parkinson, problèmes de mémoire, ...	Oui — Non
Yeux		Sécheresse des yeux, glaucome, vitamines, ...	Oui — Non
Voies respiratoires		Asthme, bronchite chronique, toux, rhume, ...	Oui — Non
Voies digestives		Acidité, nausées, vomissements, constipation, diarrhée, ulcère,...	Oui — Non
Os /articulation		Os, articulations, muscles, rhumatisme, goutte, ...	Oui — Non
Douleur / fièvre		Douleur, fièvre	Oui — Non
Peau		Urticaire, boutons, sensibilisation au soleil,	Oui — Non
Sommeil /dépression		Anxiété, dépression, médicaments pour dormir, ...	Oui — Non
Nez / Gorge / Oreille		Rhinite, rhume des foins, sinusite, angine	Oui — Non
Cœur		Cœur, tension, fluidifier le sang, circulation, cholestérol, ...	Oui — Non
Infections		Antibiotiques, antiviraux, ...	Oui — Non
Génital		Contraceptifs, ménopause, médicaments pour les troubles de l'érection ...	Oui — Non
Voies urinaires		Rein, vessie, prostate, ...	Oui — Non
Hormones		Diabète, thyroïde, cortisone, insuline ...	Oui — Non
Anticancéreux		Chimiothérapie, autres ...	Oui — Non
Autres		Plantes, vitamines, minéraux, toniques, compléments alimentaires, ...	Oui - Non

Veillez tourner la page pour remplir le tableau



