



# 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 :

<b>Actuellement, prenez-vous des <u>MÉDICAMENTS</u> pour : (cette liste de pathologies n'est pas exhaustive)</b>			
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



