# **Questionnaire Patient**

**Patient (Nom/prénom et date de naissance) :**

**Médecin traitant : Infirmier :**

## Notez dans le tableau, ci-dessous, votre médication chronique (celle de tous les jours)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom du médicament** | **Quand le prenez-vous (avant déjeuner, déjeuner, diner, souper, coucher) ?** | **Combien de fois par jour le prenez-vous ?** | **Remarquez-vous un effet négatif après la prise de ce médicament ?** |
|  |  |  | Oui/ Non |
|  |  |  | Oui/ Non |
|  |  |  | Oui/ Non |
|  |  |  | Oui/ Non |
|  |  |  | Oui/ Non |
|  |  |  | Oui/ Non |
|  |  |  | Oui/ Non |
|  |  |  | Oui/ Non |
|  |  |  | Oui/ Non |
|  |  |  | Oui/ Non |
|  |  |  | Oui/Non |
|  |  |  | Oui/Non |
|  |  |  | Oui/Non |

## Notez dans le tableau, ci-dessous, votre médication occasionnelle

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom du médicament** | **Quand le prenez-vous (avant déjeune, déjeuner, diner, souper, coucher) ?** | **Combien de fois par jour le prenez-vous ?** | **Remarquez-vous un effet négatif après la prise de ce médicament ?** |
|  |  |  | Oui/Non |
|  |  |  | Oui/Non |
|  |  |  | Oui/Non |
|  |  |  | Oui/Non |
|  |  |  | Oui/Non |

## Prenez-vous des compléments alimentaires, dispositifs médicaux, ou autres ?

|  |  |
| --- | --- |
| **A base de plantes** |  |
| **A base de nutriments (ex : vitamines, magnésium, …)** |  |
| **Collyre (yeux), inhalations, dispositifs médicaux** |  |

## Répondez aux questions, ci-dessous

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ce matin avez-vous oublié de prendre un de vos médicaments ?** | Oui | Non |
| **Depuis la dernière fois que vous êtes venu, vous êtes-vous retrouvé à court de l’un de vos médicaments ?** | Oui | Non |
| **Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l’heure habituelle ?** | Oui | Non |
| **Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement car certains jours votre mémoire vous fait défaut ?** | Oui | Non |
| **Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement car certains jours vous avez l’impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? Oui/Non** | Oui | Non |
| **Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ?** | Oui | Non |

## Avez-vous des remarques ou attentes particulières (allergies, difficultés à avaler les médicaments, avez-vous des aides pour préparer vos médicaments) ?

|  |
| --- |
|  |

**Merci pour votre collaboration !**