

Liste des médicaments pris avant l'admission

Données personnelles (évent. étiquette imprimée par l'hôpital)

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe:

Allergies/intolérances

☐ Aucune allergie/intolérance connue

Sources utilisées pour l'anamnèse médicamenteuse

☐ Entretien avec le patient/ses proches



☐ Médicaments/emballages

☐ Liste de médicaments du médecin de famille:

☐ Autres sources écrites (p. ex. liste de la pharmacie, du service d'aide et de soins à domicile, de l'EMS, de la clinique de réadaptation, plan de médication du patient):

☐ Renseignements pris par téléphone (p. ex. médecin de famille, EMS):

☐ Pas d'entretien. Motif:

☐ Ne parle pas la langue

☐ N'est pas en mesure de fournir les renseignements nécessaires

☐ Autres:

Remarques:

Médicaments pris avant l'admission

| Prescription médicale Automédication | Nom/substance active, dosage et forme galénique | Posologie | Remarques (p. ex. motif de la prise/informations concernant la prise; dernière utilisation en cas de prise irrégulière; écart entre la prescription et la prise effective) |
|---|---|-----------|--|
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |

Médicaments en réserve

| | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |

Autres remarques (p. ex. médicaments arrêtés récemment):

☐ Le patient ne prend aucun médicament ni préparation

Timbre/signature de la personne responsable:

Date:

Heure:

Remarques en cas de mises à jour ultérieures:

Exemple d'une liste des médicaments pris avant l'admission complétée

| Données personnelles (évent. étiquette imprimée par l'hôpital) | Allergies/intolérances |
|--|---|
| Nom: | <i>Pénicilline</i> |
| Prénom: | |
| Date de naissance: | |
| Sexe: | |
| | <input type="checkbox"/> Aucune allergie/intolérance connue |

Sources utilisées pour l'anamnèse médicamenteuse

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Entretien avec le patient/ses proches ▶ ▶ ▶ ▶ ▶ ▶ ▶ ▶ ▶ ▶ | <input type="checkbox"/> Pas d'entretien. Motif: <input type="checkbox"/> Ne parle pas la langue <input type="checkbox"/> N'est pas en mesure de fournir les renseignements nécessaires <input type="checkbox"/> Autres: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments/emballages | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Liste de médicaments du médecin de famille: | |
| <i>Dr Blanc, lettre de recommandation</i> | |
| <input type="checkbox"/> Autres sources écrites (p. ex. liste de la pharmacie, du service d'aide et de soins à domicile, de l'EMS, de la clinique de réadaptation, plan de médication du patient): | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Renseignements pris par téléphone (p. ex. médecin de famille, EMS): | |
| <i>Pharmacie du Centre, rue Centrale 14, Modèleville</i> | |
| | Remarques: |
| | |
| | |

Médicaments pris avant l'admission

| Prescription médicale | Automédication | Nom/substance active, dosage et forme galénique | Posologie | Remarques (p. ex. motif de la prise/informations concernant la prise; dernière utilisation en cas de prise irrégulière; écart entre la prescription et la prise effective) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Beloc Zok cpr. retard 50 mg</i> | <i>1-0-0-0</i> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Vitamine D3 Wild 500 UI/goutte</i> | <i>1-0-0-0</i> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Ciprofloxacine 500 mg comprimés</i> | <i>1-0-1-0</i> | <i>Infection urinaire; encore 3 jours</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Novalgin gouttes 0.5 g/ml</i> | <i>20-0-20-0</i> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Dorzolamide/Timolol Sandoz gouttes ophtal. 2/0.5%</i> | <i>1-0-1-0</i> | <i>Dans les deux yeux / Oubli fréquent</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Floradix Fer 100 mg forte comprimés pelliculés</i> | <i>1-0-1-0</i> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Durogesic 12 µg/h patch</i> | <i>Tous les 3 jours</i> | <i>Dernier changement: le 5.10 à 8 h</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Dospir solution à inhaler</i> <i>1 dose unitaire prête à l'emploi (2,5 ml) contient 0,52 mg de bromure d'ipratropium et 3,0 mg de salbutamol</i> | <i>1-1-1-0</i> | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Valverde Apaisement dragées</i> | <i>1-0-1-1</i> | <i>Prise au long cours</i> |

Médicaments en réserve

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Alfacortone crème 2.5 %</i> | <i>2 x par jour</i> | <i>Psoriasis</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Aspirine 500 mg comprimés</i> | <i>max. 4 x par jour</i> | <i>Maux de tête fréquents</i> |

Autres remarques (p. ex. médicaments arrêtés récemment):

| |
|--|
| |
| |
| |

☐ Le patient ne prend aucun médicament ni préparation

Timbre/signature de la personne responsable: *AB*

Date: *07.10.14*

Heure: *10 h*

Remarques en cas de mises à jour ultérieures: *Ajouté le 10.10.2014: Valverde Apaisement dragées*

| |
|--|
| |
| |



Liste des médicaments pris avant l'admission et décision du médecin

Données personnelles (évent. étiquette imprimée par l'hôpital)

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe:

Allergies/intolérances

☐ Aucune allergie/intolérance connue

Sources utilisées pour l'anamnèse médicamenteuse

☐ Entretien avec le patient/ses proches



☐ Médicaments/emballages

☐ Liste de médicaments du médecin de famille:

☐ Pas d'entretien. Motif:

☐ Ne parle pas la langue

☐ N'est pas en mesure de fournir les renseignements nécessaires

☐ Autres:

☐ Autres sources écrites (p. ex. liste de la pharmacie, du service d'aide et de soins à domicile, de l'EMS, de la clinique de réadaptation, plan de médication du patient):

☐ Renseignements pris par téléphone (p. ex. médecin de famille, EMS):

Remarques:

1 Médicaments pris avant l'admission

2 Décision du médecin

| Prescription médicale | Automédication | Nom/substance active, dosage et forme galénique | Posologie | Remarques (p. ex. motif de la prise/informations concernant la prise; dernière utilisation en cas de prise irrégulière; écart entre la prescription et la prise effective) | Poursuivre: <input checked="" type="checkbox"/> Modifier: <input type="checkbox"/> Substituer: <input type="checkbox"/> Arrêter: <input type="checkbox"/> Suspendre: <input type="checkbox"/> | Motif du changement (éventuellement avec une liste d'abréviations) |
|--------------------------|--------------------------|---|-----------|--|---|--|
| | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

Médicaments en réserve

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

Autres remarques (p. ex. médicaments arrêtés récemment):

☐ Le patient ne prend aucun médicament ni préparation

Timbre/signature de la personne responsable:

Date:

Heure:

Remarques en cas de mises à jour ultérieures: