



Compte-rendu pharmacien BUM Asthme - Corticoïdes à inhaler Entretien 1

Date de l'entretien : . . / . . /

Nom et coordonnées du patient :

Nom et coordonnées du médecin :

Confirmation de l'asthme par : Patient Médecin Score ACT :

Nom du médicament et posologie :

Autres médicaments utilisés pour le traitement de l'asthme et en cas de crise d'asthme :

Les points suivants ont été abordés avec le patient :

	Traité	Point d'attention
1. But et mode d'action du médicament, place dans le traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Mode d'administration et importance du bon usage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Importance de l'observance thérapeutique et symptômes d'alarme possibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Effets indésirables possibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si un point d'attention a été coché, en mentionner la raison :

- Peur vis-à-vis de la cortisone
- Problèmes à attendre au niveau de la coordination main-bouche
- Problème à attendre au niveau de l'observance thérapeutique
- Autre :

Contact avec le médecin nécessaire pour :

Je donne mon consentement au pharmacien mentionné ci-dessus pour un accompagnement personnalisé, appelé suivi des soins pharmaceutiques, et la constitution d'un dossier de suivi des soins pharmaceutiques.

Date et heure du 2^{ème} entretien :

Signature du patient Signature du pharmacien

Notes personnelles :

.....
.....



5520-382



Votre pharmacien :

Date de l'entretien : .. / .. /

Compte-rendu BUM Asthme - Corticoïdes à inhaler - Entretien 1

Nom du patient :

Nom du médecin :

Nom du médicament et posologie :

Autres médicaments utilisés pour le traitement de l'asthme et en cas de crise d'asthme :

.....

Votre pharmacien vous a donné des informations sur :

1. But et mode d'action du médicament, place dans le traitement
2. Mode d'administration et importance du bon usage
3. Importance de l'observance thérapeutique et symptômes d'alarme possibles
4. Effets indésirables possibles

Consultez de préférence votre médecin pour :

.....

Votre pharmacien vous a remis un dépliant sur votre maladie et sur votre médicament.

Je donne mon consentement au pharmacien mentionné ci-dessus pour un accompagnement personnalisé, appelé suivi des soins pharmaceutiques, et la constitution d'un dossier de suivi des soins pharmaceutiques.

Date et heure du 2^{ème} entretien :

Signature du patient

.....

Signature du pharmacien

.....



5520-382