Pharmacie: …… N°téléphone : ……

Nom et prénom du patient : ……

Date : ……

Médicament: …… Principe actif : ……
Posologie : …… Durée du traitement : ……

Questions	Réponse	Actions
Indication pour le traitement?	☐ Oui ☐ Non	
Il y a-t-il un doublon ?	☐ Oui ☐ Non	
La durée recommandée est-elle dépassée ?	☐ Oui ☐ Non	
Est-ce qu'il y a une contre-indication ?	☐ Oui ☐ Non	
S'agit-il d'un médicament potentiellement inapproprié ? STOPP ?	☐ Oui ☐ Non	
Effets indésirables rapportés par le patient ?	☐ Oui ☐ Non	
Existe-t-il un autre médicament + efficace ou – toxique ?	☐ Oui ☐ Non	
La galénique est-elle appropriée ?	☐ Oui ☐ Non	
Est-ce en accord avec les recommandations ?	☐ Oui ☐ Non	
Le médicament est-il efficace ?	☐ Oui ☐ Non	