



Pharmacie: N°téléphone :

Nom et prénom du patient :

Date :

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

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