

## Fiche médicaments

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Evalueur : \_\_\_\_\_

• **Médicaments prescrits / pris :**

Noms des médicaments	Posologies - Prescriptions					Non respect de la prescription (1)	Relevés des écarts prescriptions / prises (2)				
	Matin	Midi	Am	Soir	Nuit		Matin	Midi	Am	Soir	Nuit
1 :						<input type="checkbox"/>					
2 :						<input type="checkbox"/>					
3 :						<input type="checkbox"/>					
4 :						<input type="checkbox"/>					
5 :						<input type="checkbox"/>					
6 :						<input type="checkbox"/>					
7 :						<input type="checkbox"/>					
8 :						<input type="checkbox"/>					
9 :						<input type="checkbox"/>					
10 :						<input type="checkbox"/>					
11 :						<input type="checkbox"/>					
12 :						<input type="checkbox"/>					
13 :						<input type="checkbox"/>					
14 :						<input type="checkbox"/>					
15 :						<input type="checkbox"/>					

(1) Cocher la case si la prise du médicament ne correspond pas à la prescription disponible

(2) A renseigner uniquement si la prise du médicament ne correspond pas à la prescription disponible

• **Médicaments prescrits par :** \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

• **Facteurs de l'observance médicamenteuse :**

→ **Préparation du traitement :**

**Le traitement est préparé par ?**

La personne elle-même  Une autre personne ou un professionnel, qui ? \_\_\_\_\_

**A quelle périodicité ?**

Plusieurs fois par jour  Une fois par jour  Une fois par semaine

→ **Surveillance, vérification d'une prise correcte du traitement par ?**

La personne elle-même  Une autre personne ou un professionnel, qui ? \_\_\_\_\_

**A quelle périodicité ?**  Plusieurs fois par jour  Une fois par jour  Une fois par semaine

→ **En conclusion, quelle est la qualité de l'observance ?**  Bonne / correcte  A revoir