

- Nouvelle fiche
 Mise à jour

Mise à jour de vos renseignements personnels et relatifs à votre santé

Étiquette patient

Consentement :

Je consens à ce que mon pharmacien partage des informations sur mon dossier à un tiers :

Professionnel (médecin, dentiste, infirmière, etc.). Spécifiez :

Famille/proches. Spécifiez le nom des personnes autorisées :

Pour mieux vous connaître :

Taille : _____ Poids : _____

Tabac : Fumeur : cigarettes/jour : _____
 Non-fumeur
 Ancien fumeur

Alcool : Jamais
 À l'occasion
 1 à 2 verres par jour
 Plus de 2 verres par jour

Cannabis : Type de produit(s) utilisé(s) : _____
Fréquence : _____
Quantité : _____

Caféine (Thé, café, cola) : _____ /jr

Jus de pamplemousse? Non Oui

Drogues récréatives? Non Oui

Grossesse? Non Oui

Accouchement prévu le : _____

Allaitement ? Non Oui

Difficultés à avaler les gros comprimés ?
 Non Oui

Difficultés visuelles ou de manipulation ?
 Non Oui

Port de lentilles cornéennes Non Oui

Occupation ? _____

Pour en savoir plus sur votre santé :

Allergies ou intolérance ?

Non Oui (spécifiez)

Qui est votre médecin traitant ?

Avez-vous des problèmes de santé ?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Angine/Infarctus | <input type="checkbox"/> Arythmies |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Anticoagulation | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> MPOC | <input type="checkbox"/> Glaucome |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Problèmes de foie | <input type="checkbox"/> Convulsions |
| <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs | <input type="checkbox"/> Ulcère d'estomac | <input type="checkbox"/> Constipation/Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cutanés | <input type="checkbox"/> Arthrite/Arthrose | <input type="checkbox"/> Maux de tête/migraines |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur |
| <input type="checkbox"/> Autre? _____ | | |

Pour en savoir plus sur vos médicaments :

Consommez-vous des médicaments, vitamines ou produits naturels autres que ceux inscrits à votre dossier? Non Oui
Si oui, lesquels : _____

Ressentez-vous des effets secondaires que vous attribuez à vos médicaments ? Non Oui _____

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ? Non Oui _____

Avez-vous de la difficulté à prendre certains médicaments ? Non Oui _____

Considérez-vous vos médicaments efficaces ? Oui Non : _____

Y a-t-il des médicaments parmi votre médication régulière que vous n'aimez pas ? Non Oui _____

Les informations contenues dans ce formulaire sont confidentielles. Elles seront utilisées pour compléter votre dossier pharmacologique et permettront au pharmacien d'analyser correctement la médication qui vous est prescrite et de vous donner les conseils appropriés à votre état de santé.

Client : _____

Pharmacien : _____

Date : _____