

- Nouvelle fiche  
 Mise à jour

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



**ALLIANCE  
PHARMA**

1 855 755-0821  
info-formation@alliancepharma.ca

### 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 : \_\_\_\_\_