PROGRAMME DE DÉPRESCRIPTION PAR LES PHARMACIENS

ÉVALUATION DES MÉDICAMENTS

INFORMATION SUR LE PATIENT		
Nom		Prénom
Sexe	Date de naissance / /	N° d'identification GSC
N° de tél. (domicile)		Cellulaire

LISTE DES MÉDICAMENTS PRIS ACTUELLEMENT (Annexez d'autres pages si l'espace est insuffisant)

☐ Examen provincial des médicaments effectué au cours de la dernière année (assurez-vous que la liste est à jour et exacte)

Pour évaluer le degré de connaissance du patient à l'égard de ses médicaments, **pensez à poser les questions suivantes** :

1. Quel est le nom de votre médicament?
2. Quelle est la posologie de votre médicament?
3. À quelle fréquence prenez-vous votre médicament?
4. Pourquoi prenez-vous ce médicament?

MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

Nom et posologie	Voie d'administration	Fréquence	Raison de la prise/Commentaires

PROGRAMME DE DÉPRESCRIPTION PAR LES PHARMACIENS

ÉVALUATION DES MÉDICAMENTS

MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE/HERBES MÉDICINALES/SUPPLÉMENTS

Nom et posologie	Voie d'administration	Fréquence	Raison de la prise/Commentaires

NOTES ET RECOMMANDATIONS DU PHARMACIEN (Datez chaque commentaire)