



# AUTONOMIE DU PATIENT DANS LA GESTION DE SES MEDICAMENTS

Nom : .....

Prénom : .....

**\* HABITUDES DU PATIENT :**      **DOMICILE OU MR/S** (BIFFER LA MENTION INUTILE)

Médicament(s) préparé(s) par :

- le patient
- la famille/ l'entourage.....
- un professionnel.....
- autre :.....

Médicament(s) administré(s) par :

- le patient
- la famille/ l'entourage.....
- un professionnel.....
- autre :.....

Difficultés rencontrées .....

**\* ACTIONS EDUCATIVES ENTREPRISES EN VUE DE MAINTENIR ET/OU D'AMELIORER L'AUTONOMIE DU PATIENT :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**\* A LA SORTIE :**

Médicament(s) préparé(s) par :

- le patient
- la famille/ l'entourage.....
- un professionnel.....
- autre :.....

Médicament(s) administré(s) par :

- le patient
- la famille/ l'entourage.....
- un professionnel.....
- autre :.....

Difficultés rencontrées .....

.....  
.....  
.....

L'automédication est dangereuse pour votre santé. Veuillez en parler avec votre médecin avant tout changement.