

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.