



ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

Présent pour vous

## HISTOIRE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

### Informations confidentielles pour votre dossier

L'étude pharmacologique de votre dossier constitue l'une des tâches principales de votre pharmacien. Pour ce faire, il doit connaître plusieurs renseignements à votre sujet. C'est pourquoi il est important de compléter ce bref questionnaire. Les renseignements fournis seront conservés dans votre dossier-patient. Ils serviront à l'étude pharmacologique qui sera effectuée lors de l'exécution d'un service professionnel par votre pharmacien. Le résultat de cette étude permettra au pharmacien d'initier ou ajuster et de surveiller votre thérapie médicamenteuse dans le but de maintenir et de rétablir votre santé. Ces renseignements ne seront accessibles qu'au pharmacien, au personnel technique, et autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de travail chez votre pharmacien.

*Je consens à ce que mes renseignements de nature médicale soient échangés entre le pharmacien et le médecin ou tout autre professionnel de la santé lorsque la situation est nécessaire pour assurer un usage sécuritaire de mes médicaments et un suivi efficace de mon traitement. Toute information sera traitée avec la plus grande confidentialité et seuls les renseignements jugés essentiels seront échangés, le cas échéant. Cette décision ne m'a pas été imposée et cette autorisation est valide pour une période d'un an à compter de la date de la signature de ce formulaire. J'aviserai mon pharmacien de tout changement relatif à ma condition.*

Oui  Non

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Signature du patient : \_\_\_\_\_

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

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

### 1.0 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

SEXE H  F  DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

POIDS \_\_\_\_\_ KG \_\_\_\_\_ LBS TAILLE \_\_\_\_\_ CM \_\_\_\_\_ PO

ADRESSE \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (maison) \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE (travail ou cell.) \_\_\_\_\_

ADRESSE COURRIEL \_\_\_\_\_ OCCUPATION \_\_\_\_\_

N° ASSURANCE-MALADIE \_\_\_\_\_ DATE D'EXPIRATION \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOM D'UNE PERSONNE CONTACT (en cas d'urgence) \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (contact) \_\_\_\_\_ LIEN \_\_\_\_\_

Connaissez-vous le programme code médicament pour les médicaments de vente libre? Oui  Non

*Si non, demandez à votre pharmacien de vous expliquer le programme et de vous remettre votre carte personnalisée.*

Avez-vous de la difficulté à utiliser des contenants à fermoir de sécurité? Oui  Non

Souhaitez-vous être informé de la possibilité d'utiliser des médicaments génériques pour vos ordonnances? Oui  Non

## 2.0 CONDITIONS PARTICULIÈRES

Ces questions visent à connaître certaines de vos habitudes de vie. Cette partie est importante car l'alcool et le tabac, par exemple, peuvent avoir des effets sur votre état de santé et sur les résultats de votre traitement. Veuillez cocher la case appropriée

	Oui	Non		Oui	Non
Êtes-vous enceinte? Si oui, date prévue de l'accouchement :        /        /			Opérations chirurgicales? Si oui, veuillez préciser : _____		
Allaitiez-vous présentement?			Avez-vous une stomie?		
Conduisez-vous un véhicule?			Consommez-vous du jus de pamplemousse?		
Consommez-vous de l'alcool? Si oui, combien de consommation par jour? (bière, vin, etc.) _____			Avez-vous noté une modification récente de votre poids? Si oui, veuillez préciser : _____		
Fumez-vous? Si oui, combien de cigarettes par jour? _____			Diète spéciale? Si oui, veuillez préciser : _____		
Consommez-vous du thé ou du café? Si oui, combien de tasse par jour? _____			Avez-vous un handicap ou une limitation (trouble de la vision, ouïe, mobilité, dextérité)?		
Portez-vous des lentilles cornéennes?					

## 3.0 MALADIES CHRONIQUES

	Oui	Non		Oui	Non
Haute pression			Maladies cardiaques		
Arthrite			Maladies de la thyroïde		
Asthme, bronchite			Maladies du foie		
Diabète			Maladies du rein		
Épilepsie			Problèmes digestifs		
Allergie, précisez : _____			Toute autre maladie, précisez : _____		

## 4.0 MÉDICATION

Prenez-vous des médicaments sur ordonnance régulièrement?

Oui       Non

Si oui, veuillez préciser :

Médicaments	Dose	Fréquence/Jour
_____	_____	_____

Médicaments	Dose	Fréquence/Jour
_____	_____	_____

Prenez-vous des médicaments de vente libre, c'est-à-dire non prescrits par votre médecin y compris les produits de santé naturels et médicaments homéopathiques?

Oui       Non

Si oui, veuillez préciser :

Médicaments	Dose	Fréquence/Jour
_____	_____	_____

Médicaments	Dose	Fréquence/Jour
_____	_____	_____