rz tienen
regionaal ziekenhuis
heilig hart tienen vzw

Etiquette patient
(vignette de l'hôpital à coller par le personnel hospitalier lors de l'admission du patient)

Formulaire sur la prise de médicaments à domicile

Vous êtes ou allez prochainement être admis(e) à l'hôpital RZ Heilig Hart Tienen. Il est important pour nous de savoir quels médicaments vous prenez chez vous afin de vous administrer le meilleur traitement possible. Nous vous prions ainsi de bien vouloir compléter ce formulaire **attentivement,** avec l'aide éventuelle de votre conjoint(e)/votre famille/la personne qui vous accompagne, de votre médecin de famille, pharmacien ou infirmière à domicile.

VOTRE NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... DATE D'ADMISSION A L'HOPITAL : .....

VOTRE MEDECIN DE FAMILLE : .....

INSCRIVEZ LES MEDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ CI-DESSOUS LE PLUS PRECISEMENT POSSIBLE. INDIQUEZ LE NOM DE CHAQUE MEDICAMENT EN TOUTES LETTRES, AINSI QUE LA MARQUE DU MEDICAMENT LE CAS ECHEANT. APPORTEZ-NOUS SI POSSIBLE L'EMBALLAGE DU MEDICAMENT.

Nom du médicament	Posologie :	Administration : orale, suppositoire, injection, sonde … ?	Prises : combien de fois par jour ?	Heure de prise du médica-ment ?	Dernière prise
EXAMPLE: Dafalgan Forte	1 gr	orale	4 x	8 + 12 + 16 + 20 h	8-1-2012, 20 h

Suite au verso →

MERCI DE REPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES.

1. Vous chargez-vous de votre traitement vous-même ? ❑ Oui ❑ Non

   Si ce n'est pas le cas, qui s'en charge ? .....

2. Souffrez-vous d'allergie(s) ? ❑ Oui ❑ Non

3. Prenez-vous des anticoagulants ? ❑ Oui ❑ Non

   Si vous en avez pris dans le passé : quand avez-vous arrêté de les prendre ? .....

   Vous a-t-on proposé un produit de substitution (ex. injection) ? ❑ Oui ❑ Non

   Si oui, quand ? .....

4. Avez-vous parfois le souffle court ? ❑ Oui ❑ Non

5. Utilisez-vous des inhalateurs ? ❑ Oui ❑ Non

6. Vous arrive-t-il de prendre des antidouleurs ? ❑ Oui ❑ Non

   Si oui, lesquels ?

   (nom) ..... Combien ? ..... Fréquence ? .....

   (nom) ..... Combien ? ..... Fréquence ? .....

   (nom) ..... Combien ? ..... Fréquence ? .....

7. Utilisez-vous des patchs médicamenteux ? ❑ Oui ❑ Non

8. Avez-vous pris des antibiotiques récemment (ces 2 dernières semaines) ? ❑ Oui ❑ Non

   Si oui, lesquels? .....

9. Prenez-vous des somnifères ? ❑ Oui ❑ Non

10. Vous fait-on/faites-vous des piqûres ? (Insuline, Clexane, Fraxiparine, …) ❑ Oui ❑ Non

11. Prenez-vous des préparations hormonales ? ❑ Oui ❑ Non

12. Devez-vous prendre certains médicaments 1 x par semaine / mois / ... ? ❑ Oui ❑ Non

    Si oui, lesquels ?

    (nom) ..... Combien ? ..... Fréquence? .....

    (nom) ..... Combien ? ..... Fréquence? .....

    (nom) ..... Combien ? ..... Fréquence? .....

13. Avez-vous cessé récemment de prendre certain médicaments ? ❑ Oui ❑ Non

    Si oui, lesquels ?

    (nom) ..... A quand remonte cet arrêt ? .....

    (nom) ..... A quand remonte cet arrêt ? .....

14. Utilisez-vous des gouttes pour les yeux ? ❑ Oui ❑ Non

15. Utilisez-vous des pommades ? ❑ Oui ❑ Non

    Si oui, lesquelles? .....

REMPLI PAR : ..... DATE : .....

SIGNATURE :