

SUIVI DE MÉDICATION

Date :/...../.....

Nom : Prénom :

1. Pathologie chronique en cours : Oui Non

Hypertension artérielle Oui Non

Diabète Oui Non

Maladie cardiaque Oui Non

Maladie rénale Oui Non

Maladie vasculaire Oui Non

Autre :
.....
.....

2. Inscrire le **nom de chaque médicament** de l'ordonnance et cocher les jours où le médicament n'est **pas pris** au cours de la dernière semaine :

(un médicament par ligne)	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	
Médicament :	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	bien pris
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicament :	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	bien pris
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicament :	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	pas pris	bien pris
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Pour rechercher les causes de mauvaise observance, répondre par oui ou par non à chaque question du Questionnaire de Girerd :

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ce matin, avez-vous oublié de prendre un médicament ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |