



ÉVALUATION THÉRAPEUTIQUE

Date de la consultation : ____/____/20____

Nom du patient : _____

Lors de la rencontre tenue avec votre pharmacien, vous avez examiné l'ensemble des médicaments que vous utilisez. Au cours de cette rencontre, vous avez donné certaines informations à votre pharmacien qui l'ont éclairé sur votre thérapie médicamenteuse.

Plan d'action en partenariat avec votre pharmacien



À la suite d'une analyse **de votre** situation, le pharmacien propose certaines actions sur lesquelles vous vous êtes déjà entendus.

ACTIONS QUE VOUS POUVEZ POSER IMMÉDIATEMENT :

Cesser de prendre :

Changer la dose de :

Prendre un médicament à un autre moment :

Prendre le médicament suivant :

Mesures liées au mode de vie à mettre en place :

Nous proposerons certaines mesures à votre médecin pour améliorer l'efficacité ou le confort de votre traitement ou encore en faciliter l'utilisation pour vous.

NOUS COMMUNIQUERONS AVEC VOTRE MÉDECIN AU SUJET DE :

Médicament à changer ou cesser :

Dose à modifier :

Nouveau médicament proposé pour :

Autres mesures :

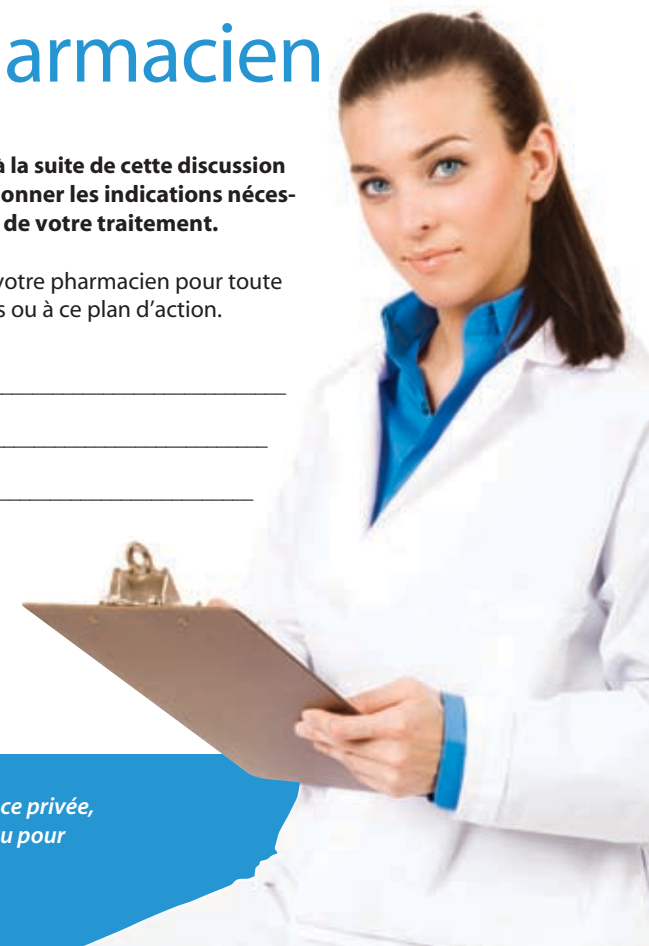
Nous communiquerons avec vous à la suite de cette discussion avec votre médecin afin de vous donner les indications nécessaires à la poursuite harmonieuse de votre traitement.

N'hésitez pas à communiquer avec votre pharmacien pour toute question relative à vos médicaments ou à ce plan d'action.

Votre pharmacien _____

Tél. : _____

Signature _____



Si vous êtes couvert par une assurance privée, n'oubliez pas de soumettre votre reçu pour cette consultation.