



Compte-rendu pharmacien BUM Asthme - Corticoïdes à inhaler Entretien 1

Date de l'entretien : . . / . . /

Nom et coordonnées du patient :

Nom et coordonnées du médecin :

Confirmation de l'asthme par : ☐ Patient ☐ Médecin Score ACT :

Nom du médicament et posologie :

Autres médicaments utilisés pour le traitement de l'asthme et en cas de crise d'asthme :

Les points suivants ont été abordés avec le patient :

	Traité	Point d'attention
1. But et mode d'action du médicament, place dans le traitement	☐	☐
2. Mode d'administration et importance du bon usage	☐	☐
3. Importance de l'observance thérapeutique et symptômes d'alarme possibles	☐	☐
4. Effets indésirables possibles	☐	☐

Si un point d'attention a été coché, en mentionner la raison :

- ☐ Peur vis-à-vis de la cortisone
- ☐ Problèmes à attendre au niveau de la coordination main-bouche
- ☐ Problème à attendre au niveau de l'observance thérapeutique
- ☐ Autre :

Contact avec le médecin nécessaire pour :

Je donne mon consentement au pharmacien mentionné ci-dessus pour un accompagnement personnalisé, appelé suivi des soins pharmaceutiques, et la constitution d'un dossier de suivi des soins pharmaceutiques.

Date et heure du 2^{ème} entretien :

Signature du patient Signature du pharmacien

Notes personnelles :



5520-382