



Compte-rendu pharmacien BUM Asthme - Corticoïdes à inhaler Entretien 2

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

Nom et coordonnées du patient :

.....

Nom et coordonnées du médecin :

.....

Nom du médicament et posologie :

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

.....

Score ACT :

Le traitement de l'asthme de votre patient :

- Se déroule bien
- Pose quelques problèmes
- Ne se déroule pas bien

En raison de :

- Mauvaise technique d'inhalation
- Peur ou survenue d'effets indésirables
- Inobservance thérapeutique

Autre :

.....

Vous avez recommandé à votre patient de :

- Se rincer la bouche
- Utiliser une chambre d'inhalation
- Suivre un schéma de médication
- Avoir une réserve de médicament pour le traitement de la crise à la maison
- Autre :

.....

Contact avec le médecin nécessaire pour :

Signature du patient

Signature du pharmacien

.....

Notes personnelles :

.....

.....



5520-390