



Fiche médicaments

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

• **Médicaments prescrits / pris :**

Noms des médicaments	Posologies - Prescriptions					Non respect de la prescription (1)	Relevés des écarts prescriptions / prises (2)				
	Matin	Midi	Am	Soir	Nuit		Matin	Midi	Am	Soir	Nuit
1 :						☐					
2 :						☐					
3 :						☐					
4 :						☐					
5 :						☐					
6 :						☐					
7 :						☐					
8 :						☐					
9 :						☐					
10 :						☐					
11 :						☐					
12 :						☐					
13 :						☐					
14 :						☐					
15 :						☐					

(1) Cocher la case si la prise du médicament ne correspond pas à la prescription disponible

(2) A renseigner uniquement si la prise du médicament ne correspond pas à la prescription disponible

• **Médicaments prescrits par :** _____, le _____

• **Facteurs de l'observance médicamenteuse :**

→ **Préparation du traitement :**

Le traitement est préparé par ?

☐ La personne elle-même ☐ Une autre personne ou un professionnel, qui ? _____

A quelle périodicité ?

☐ Plusieurs fois par jour ☐ Une fois par jour ☐ Une fois par semaine

→ **Surveillance, vérification d'une prise correcte du traitement par ?**

☐ La personne elle-même ☐ Une autre personne ou un professionnel, qui ? _____

A quelle périodicité ? ☐ Plusieurs fois par jour ☐ Une fois par jour ☐ Une fois par semaine

→ **En conclusion, quelle est la qualité de l'observance ?** ☐ Bonne / correcte ☐ A revoir