

## Les médicaments : C'est plus que des pilules

### Médicaments avec ordonnance

Cela comprend tout ce qui peut être obtenu avec une ordonnance du médecin, p.ex., médicaments pour les problèmes cardiaques, les inhalateurs et les pilules pour dormir.

### Médicaments en vente libre

Cela comprend tout ce qui peut être acheté à la pharmacie sans une ordonnance du médecin, p.ex., aspirine, acétaminophène, laxatifs, les produits naturels comme l'échinacée ou les vitamines et les minéraux comme le calcium, la vitamine B12 ou le fer.

## N'OUBLIEZ PAS CES FORMES DE MÉDICAMENTS



Gouttes pour les yeux/oreilles



Inhalateurs



Vaporisateur pour le nez



Timbres



Liquides



Injections



Onguents/Crèmes

Posez des questions au patient afin d'inclure non seulement les médicaments qu'il prend **quotidiennement** mais aussi ceux qu'il prend à l'**occasion** comme ceux pour le rhume, les maux de ventre et les maux de tête.

des soins de santé plus sécuritaires  
*Maintenant!*



Adapté et traduit du Vancouver Island Health Authority

[www.SaferHealthcareNow.ca/FR/Pages/default.aspx](http://www.SaferHealthcareNow.ca/FR/Pages/default.aspx)

# Guide d'entrevue pour obtenir le Meilleur schéma thérapeutique possible

des soins de santé plus sécuritaires  
*Maintenant!*



Prévention des événements iatrogènes médicamenteux

[www.SaferHealthcareNow.ca/FR/Pages/default.aspx](http://www.SaferHealthcareNow.ca/FR/Pages/default.aspx)

## Introduction

- Se présenter (nom, profession).
- J'aimerais prendre quelques minutes afin de réviser les médicaments que vous prenez à la maison.
- J'ai une liste de médicaments dans votre dossier et je veux m'assurer qu'elle soit exacte et à mise à jour.
- Est-ce que nous pouvons discuter des médicaments que vous prenez (ou avec un membre de la famille) en ce moment?
  - Est-ce que le moment vous convient? Y'a-t-il un membre de la famille qui connaît bien votre médication et est-ce qu'il devrait se joindre à nous? Comment pouvons-nous le rejoindre?

## Allergies aux médicaments

- Avez-vous des allergies à certains médicaments? Si oui, qu'est-ce qui se produit lorsque vous prenez (nom du médicament)?

## Collecte de données

- Avez-vous votre liste de médicaments ou vos bouteilles de pilules (flacons) avec vous?
- *Utiliser la technique de démonstration lorsque le patient apporte ses pilules avec lui*
  - Comment vous prenez (nom du médicament)?
  - Quand ou à quelle fréquence vous prenez (nom du médicament)?
- *Faire la collecte de données sur la dose, la voie d'administration et la fréquence pour chaque médicament. Si le patient prend un médicament d'une manière différente de ce qui est prescrit, documenter comment il le prend réellement et documenter la divergence.*
- Est-ce qu'il y a des médicaments sous ordonnance que vous (ou votre médecin) avez récemment cessé ou modifié?
- Quelle est la raison de ce changement?

## Pharmacie communautaire

- Quel est le nom et le lieu de la pharmacie que vous allez habituellement? (*attendez-vous à ce qu'il y en ait plus qu'une*).
  - Si cela s'avère nécessaire, pouvons-nous contacter votre pharmacie pour obtenir quelques précisions sur vos médicaments?

## Médicaments en vente libre

- Est-ce qu'il y a des médicaments que vous prenez qui ne nécessitent pas une ordonnance du médecin? (*Donner des exemples, p.ex. Aspirine*). Si oui, comment vous prenez (nom du médicament en vente libre)?

## Vitamines/Minéraux/Suppléments

- Est-ce que vous prenez des vitamines (p.ex., multivitamines)? Si oui, comment vous prenez (nom de la vitamine)?
- Est-ce que vous prenez des minéraux (p.ex., calcium, fer)? Si oui, comment vous prenez (nom du minéral)?
- Est-ce que vous prenez des suppléments (p.ex., glucosamine)? Si oui, comment vous prenez (nom du supplément)?

## Gouttes pour les yeux/les oreilles/le nez

- Est-ce que vous utilisez des gouttes pour les yeux? Si oui, quelle est la marque, la fréquence et le nombre de gouttes que vous utilisez? Dans quel oeil?
- Est-ce que vous utilisez des gouttes pour les oreilles? Si oui, quelle est la marque, la fréquence et le nombre de gouttes que vous utilisez? Dans quelle oreille?
- Est-ce que vous utilisez des vaporisateurs ou des gouttes pour le nez? Si oui, quelle est la marque, la fréquence? Comment vous les utilisez?

## Inhalateurs/Timbres/Crèmes/Onguents/Injectables/Échantillons

- Est-ce que vous utilisez des inhalateurs? Des timbres médicamenteux? Des crèmes médicamenteuses ou des onguents? Des médicaments injectables (p.ex. insuline)? Pour chacun: Si oui, comment vous prenez (nom du médicament)? *Inclure aussi le nom, la concentration et la fréquence.*
- Est-ce que votre médecin vous a donné des échantillons de médicaments au courant des derniers mois? Si oui, pouvez-vous les nommer?

## Antibiotiques

- Est-ce que vous avez pris des antibiotiques depuis les 3 derniers mois? Si oui, pouvez-vous les nommer?

## Conclusion

Ceci conclut notre entrevue. Merci de nous avoir accordé du temps. Avez-vous des questions?

Si jamais vous vous rappelez de quelque chose à la suite de notre discussion, veuillez me contacter pour faire la mise à jour de l'information.

**Note:** Les histoires médicale et sociale, si elles ne sont pas décrites spécifiquement dans le dossier, pourraient besoin d'être clarifiées avec le patient.