Intercommunale Gabrielle Passelecq

CHP - Liste des médicaments du patient - Bilan comparatif des médicaments (BCM)

Annexe - Référence : GED-AN-02084 - Version* : 004

Cette annexe se rapporte à la politique CHP - Politique du bilan comparatif des médicaments GED-POL-00237

GHdC

Rermerciements

Pour garantir votre sécurité, nous vous invitons à remplir le formulaire ci-dessous avant votre visite à l'hôpital. En cas de doute ou d'incompréhension, faites-vous aider d'un proche ou de votre médecin de famille et signalez vos questions dès votre arrivée.

Nom : ..... Date de naissance : .....

Prénom : ..... Date du formulaire : .....

1. Liste des médicaments que vous prenez au domicile :

Nom du médicament	Dosage	Posologie				Indiquer la raison de la prise du médicament
		Matin	Midi	Soir	Nuit	
Exemple : Dominal	*80mg*				1	*Insomnie*
Compléments alimentaires, phytothérapie, homéopathie						

2. Avez-vous des allergies ou intolérances médicamenteuses ?

……

……

EST-CE QUE JE N'AI RIEN OUBLIE ? EST-CE QUE JE PREND UN MEDICAMENT POUR (ENTOUREZ)

Thyroïde

Hormones

Coeur, artères, sang

Intestins

Constipation, diarhées

Nez

Yeux

Poumons

Peau

Douleur

Neurologique

Sommeil, moral, douleur, mémoire

Oreilles

Estomac

Reflux, acidité, nausées

Vessie, prostate, gynécologique

Os

Vaccins

3. Ce formulaire est à remettre à l'un de nos soignants lors de votre visite à l'hôpital MERCI !