

adressographe

**PROGRAMME D'AUTO-ADMINISTRATION  
DES MÉDICAMENTS : ÉVALUATION DU CLIENT OU PATIENT**

Nom du client/patient : \_\_\_\_\_ Dossier médical n° \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

**I. OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE ACTUELLE**

A) DEMANDER AU CLIENT :

Avez-vous un problème de santé chronique qui nécessite un traitement de longue durée comportant la prise de médicaments ?

Oui\_\_ Non\_\_

Si oui, avez-vous du mal à prendre vos médicaments à l'horaire prescrit ?

Oui\_\_ Non\_\_

Avez-vous un système pour vous aider à vous souvenir de prendre vos médicaments ou en avez-vous besoin ?

Oui\_\_ Non\_\_

B) OBSERVER

Le client vient-il chercher ses médicaments au moment voulu ?

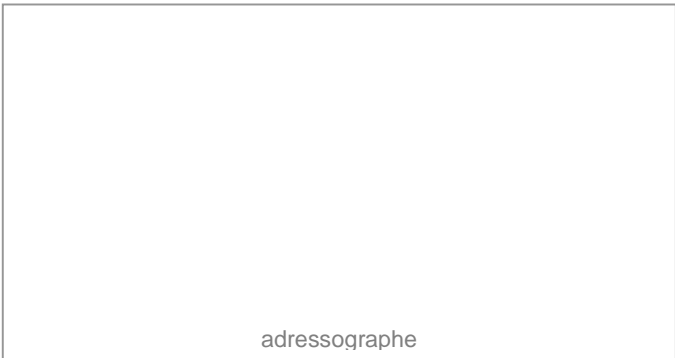
Oui\_\_ Non\_\_

Le client peut-il identifier ses médicaments par leur nom ?

Oui\_\_ Non\_\_

Le client a-t-il des problèmes de type mauvaise vue \_\_\_\_\_ ou confusion mentale \_\_\_\_\_ ?

Oui\_\_ Non\_\_



C) ÉVALUER

À ma connaissance, cette personne est en mesure de suivre le programme d'auto-administration des médicaments.

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/année)

Signature et titres de l'intervenant : \_\_\_\_\_

**II. COUNSELING MÉDICAL INDIVIDUEL RELATIF AU TRAITEMENT EN DÉBUT DE PROGRAMME D'AUTO-ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS**

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/année)

Signature et titres de l'intervenant : \_\_\_\_\_

S/O = sans objet, en raison d'une admission directe en établissement.