ANNEXE IV.3

**Annexe 3 : Compte-rendu pour le pharmacien – Entretien d’information**

**Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments – Corticoïdes à inhaler**

Date de l’entretien :

Nom et coordonnées du patient :

Nom et coordonnées du médecin :

Confirmation d’asthme par : Patient Médecin

Nom du médicament et posologie :

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

Score ACT : …..

Les points suivants ont été abordés avec le patient :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Traité | Point d’attention |
| But et mode d’action du médicament, place dans le traitement |  |  |
| Mode d’administration et importance du bon usage |  |  |
| Importance de l’observance thérapeutique et symptômes d’alarme possibles |  |  |
| Effets indésirables possibles |  |  |

Si un point d’attention a été coché, en mentionner la raison :

0 Peur vis-à-vis de la cortisone

0 Problèmes à attendre au niveau de la coordination main-bouche

0 Problème à attendre au niveau de l’observance thérapeutique

0 Autre : ………………………………………………………………….

Contact avec le médecin nécessaire pour : …………………………………………………………….

Rendez-vous pour l’entretien de suivi :

* Pas d’intérêt du patient
* A déterminer ultérieurement
* Date :

Notes personnelles :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Signatures du pharmacien et du patient CNK- 5520382