Feuille d'enquête sur les médicaments pris avant l'hospitalisation

Nom :
Prénom :
Date de naissance/ âge :
Date d'hospitalisation :
Motif d'hospitalisation :

Poids :
Taille :
Clairance créat :
Antécédents :

Médecin généraliste :
Pharmacie :
Autonomie :
Vit EHPAD/ domicile/ IDE à domicile

Allergies/ effets indésirables médicamenteux/ ATB ces 3 derniers mois
Injections retards/ patchs/ collyres/ suppositoires/ crème/ contraception...
Carnet suivi diabète/ anticoag oraux/ vaccin grippe-pneumo-tétanos/ ETP diabète-asthme...
Automédication/ aromathérapie/ phytothérapie/ vitamines/ oligo-éléments…
Gestion par patient douleur/ acidité gastrique/ constipation/ anxiété/ insomnie/ATCD fracture

Date d'enquête										
Enquêteur (nom + fonction)										
Source d'info	Ecrite ? (ordo , lettre..) orale ? sac médicaments ? etc									
	Rédacteur ou Interlocuteur (Nom + fonction)									
	Date de référence du doc									
Médicaments / Dosage/ Forme/ voie		Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie

CHU Hôpitaux de Rouen
PÔLE PHARMACIE