

PROFIL PHARMACOLOGIQUE ET DE SANTÉ

SECTION À REMPLIR PAR LE PATIENT

SECTION À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN

INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM DU PATIENT :	DATE :	DATE DE NAISSANCE :	<input type="checkbox"/> HOMME	<input type="checkbox"/> FEMME
ADRESSE :	TÉLÉPHONE :	TAILLE :	POIDS :	ORIGINE ETHNIQUE :
LANGUE PARLÉE :	LANGUE ÉCRITE :	<input type="checkbox"/> Assurance publique/RAMQ <input type="checkbox"/> Assurances privées		

CONSENTEMENT

Par la présente, j'autorise mon pharmacien à recueillir et à partager les informations concernant mes médicaments et mon état de santé avec d'autres professionnels de la santé, le cas échéant, en vertu des lois applicables.

INITIALES

TRAITEMENT

Connaissez-vous les noms de vos médicaments contre le VIH?

NON OUI

Connaissez-vous votre numération de lymphocytes T ou de cellules CD4?

NON OUI

Connaissez-vous votre charge virale?

NON OUI

ADHÉSION

Combien de doses de vos médicaments contre le VIH avez-vous oubliées cette semaine?

Combien de doses de vos médicaments contre le VIH avez-vous oubliées ce mois-ci?

Est-ce que l'information sur l'étiquette de vos médicaments est claire?

NON OUI

Êtes-vous en mesure de prendre vos médicaments selon les directives?

NON OUI

Avez-vous de la difficulté à prendre ou à avaler vos médicaments?

NON OUI

Cochez tous les outils que vous utilisez pour vous souvenir de prendre vos médicaments.

Pilulier / Plaquette alvéolée Aucun de ces outils
 Alarme / Téléphone cellulaire Autres

MODE DE VIE

Fumeur :

NON OUI

Consommation d'alcool :

NON OUI

Volonté de cesser NON OUI

Substances à usage récréatif :

Caféine Marijuana Opiacés Amphétamines Autres

ALLERGIES

Aucune allergie connue

Agent / médicament	Réaction (Description)

PRÉSENTEZ-VOUS UN OU PLUSIEURS DES EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS AU TRAITEMENT CONTRE LE VIH SUIVANTS?*

(si oui, cochez les cases ci-dessous et dites-nous à quel point cela vous gêne)

Nausée <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Ne me dérange pas Me dérange	Douleurs <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Ne me dérange pas Me dérange
Diarrhée <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Éruptions cutanées / Démangeaisons <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
Brûlures d'estomac <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Engourdissements <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
Maux de tête <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Changement de la couleur de la peau <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
Fatigue / Somnolence <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Dysfonction sexuelle <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
Étourdissements <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
Changements corporels <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Autres <input type="checkbox"/>	

* Ceci n'est pas une liste complète des effets indésirables liés au traitement contre le VIH.

PRÉSENTEZ-VOUS UN DES CAS SUIVANTS?

<input type="checkbox"/>	Troubles cardiovasculaires	<input type="checkbox"/>	Arthrite
<input type="checkbox"/>	Troubles respiratoires	<input type="checkbox"/>	Troubles thyroïdiens
<input type="checkbox"/>	Troubles gastro-intestinaux	<input type="checkbox"/>	Problèmes de santé mentale
<input type="checkbox"/>	Troubles endocriniens	<input type="checkbox"/>	Cancer
<input type="checkbox"/>	Problèmes de rein	<input type="checkbox"/>	Grossesse / allaitement
<input type="checkbox"/>	Problèmes de foie	<input type="checkbox"/>	Autre

Avez-vous des questions à poser au pharmacien?

Désirez-vous prendre un rendez-vous avec le pharmacien pour parler des réponses à ce questionnaire?

NON OUI

NOM DU PATIENT :	SIGNATURE :	DATE :
------------------	-------------	--------

