

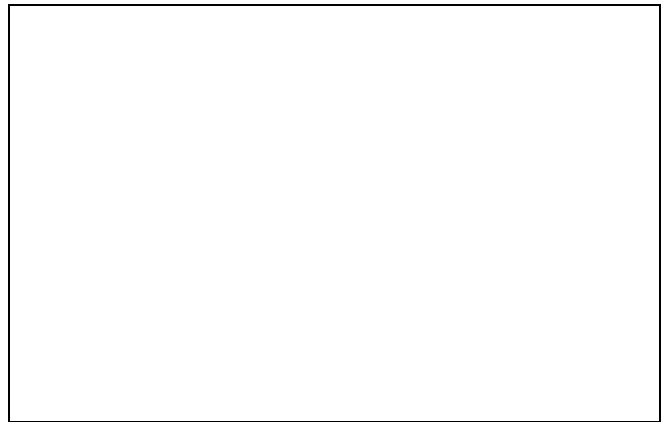


CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants



HSJ-0305



BILAN COMPARATIF – HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE

Allergies <input type="checkbox"/> Aucune allergie	Intolérances <input type="checkbox"/> Aucune intolérance
Sources de l'histoire (<i>cochez toutes les sources utilisées</i>) <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Parents / tuteurs <input type="checkbox"/> Médicaments (étiquettes, fioles) <input type="checkbox"/> Liste d'établissement de santé <input type="checkbox"/> Liste personnelle <input type="checkbox"/> Liste de la pharmacie → <input type="checkbox"/> Dossier médical <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>):	Pharmacie(s) communautaire(s) Nom : _____ Téléphone : _____ <input type="checkbox"/> Contactée

Médicaments et autres traitements pris lors des 2 dernières semaines à la maison (incluant les inhalateurs, gouttes oto-ophtalmiques, crèmes, gels, suppositoires et médicaments en vente libre, etc.)				
Nom	Dose	Voie	Horaire d'administration	Dernière prise

Produits de santé naturels (PSN) (incluant vitamines, herbes, probiotiques, homéopathie, etc.)				
Nom	Dose	Voie	Horaire d'administration	Dernière prise

Vaccination		
<input type="checkbox"/> 2 mois DCaTP-Hib Pneumo. Conj.	<input type="checkbox"/> 12 mois RRO MenC Varicelle Pneumo. conj.	<input type="checkbox"/> 4 ^e année Hépatite B VPH
<input type="checkbox"/> 4 mois DCaTP-Hib Pneumo. Conj.	<input type="checkbox"/> 18 mois DCaTP-Hib RRO	<input type="checkbox"/> 14-16 ans dcaT
<input type="checkbox"/> 6 mois DCaTP-Hib ± Inflenza	<input type="checkbox"/> 4-6 ans DCaT-Polio	<input type="checkbox"/> Hépatite B néonatal
<input type="checkbox"/> Autres (<i>précisez</i>): _____	<input type="checkbox"/> Palivizumab (# doses _____)	<input type="checkbox"/> Confirmée par carnet de vaccination

Signature de(s) personne(s) ayant procédé à l'histoire médicamenteuse (cueillette d'informations)			
Patient / parent / tuteur _____	Date/Heure _____	Initiales _____	
Professionnel _____	Date/Heure _____	Initiales _____	
Professionnel _____	Date/Heure _____	Initiales _____	

Blanc – Dossier de l'utilisateur

Aussi inclus au dossier de l'urgence