

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"/> Médicaments (étiquettes, fioles) <input type="checkbox"/> Liste personnelle <input type="checkbox"/> Dossier médical <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>):	<input type="checkbox"/> Parents/tuteurs <input type="checkbox"/> Liste d'établissement de santé <input type="checkbox"/> Liste de la pharmacie →
Pharmacie(s) communautaire(s)	
Nom	
Téléphone	<input type="checkbox"/> contactée

Médicaments et autres traitements pris lors des 2 dernières semaines

(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 ± Influenza | <input type="checkbox"/> 4-6 ans DCaT-Polio | <input type="checkbox"/> Hépatite B néonatal |
| <input type="checkbox"/> Autres (ex : palivizumab) (<i>précisez</i>): | | <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 _____



Qu'est-ce qu'un bilan comparatif – Histoire médicamenteuse?

Il s'agit d'une liste complète des médicaments et produits de santé naturels qu'a pris votre enfant à la maison au cours des 2 dernières semaines. L'ensemble des renseignements que vous fournirez en complétant ce document sera utilisé pour l'ajustement de la thérapie médicamenteuse de votre enfant à l'hôpital et lors de son congé.

Comment compléter le document ?

- Inscrivez toutes les ALLERGIES et INTOLÉRANCES de votre enfant. Elles peuvent être causées par un médicament, produit de santé naturel, aliment, pansement, plante, etc.
Une ALLERGIE cause des rougeurs sur la peau, de l'enflure et/ou des difficultés respiratoires.
Une INTOLÉRANCE est un effet secondaire (ex : maux de ventre) qui n'oblige pas l'arrêt du produit.
- Si vous avez le NOM DE VOTRE PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ainsi que son NUMÉRO DE TÉLÉPHONE, inscrivez-le.
- Inscrivez toutes les informations que vous détenez sur les MÉDICAMENTS ET AUTRES TRAITEMENTS de votre enfant. Incluez tous les produits donnés lors des 2 dernières semaines, qu'ils soient pris tous les jours ou au besoin. Les médicaments peuvent être sous forme de comprimés, capsules, gélules, pilules, inhalateurs, sirops, suppositoires, gouttes, crèmes, gels, vaccins, etc.
N'oubliez pas les médicaments en vente libre (c'est-à-dire sans prescription d'un médecin) et les produits de santé naturels (incluant les vitamines, les minéraux, les plantes médicinales, les remèdes homéopathiques, les probiotiques, les acides aminés, les acides gras, etc.).
- Si votre enfant ne prend aucun médicament ni autre produit, inscrivez « AUCUN MÉDICAMENT ».
- Votre SIGNATURE est importante. Inscrivez la date également.

A qui le remettre ?

- Une fois le document complété et dès votre arrivée à l'hôpital, vous pourrez le remettre lors de l'évaluation par une infirmière ou un médecin.
- Un membre du personnel soignant pourrait vous revoir afin de clarifier certains aspects indiqués sur le document.

Nous vous remercions pour votre participation.