

NOM-Prénom :
Date de naissance :

Date de la séance :

S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7 S8
M3-1 M3-2 M4-1 M4-2 M5-1 M5-2 M6

Observance, tolérance et effets indésirables du traitement :

Oublis : oui non
Pour quelles raisons :

Tolérance : oui non
Pour quelles raisons :

Compréhension du traitement : oui non

Le médecin traitant a-t-il été contacté ? oui non

Le traitement a-t-il été modifié depuis la dernière séance ? oui non
Si oui merci de préciser :
.....
.....

Aide pour la prise du traitement : pilulier hebdomadaire
 préparation- administration traitement
 par aidant
 par infirmier

Nécessité d'une éducation : oui non

Mesures hygiéno-diététiques :

Régime hyposodé : observance oui non difficultés
Conseils :
.....
.....

Restriction hydrique : oui non
quantité autorisée :
observance oui non difficultés
Conseils :
.....
.....