



# Compte-rendu pharmacien BUM Asthme - Corticoïdes à inhaler Entretien 2

Date de l'entretien : . . / . . / . . . .

Nom et coordonnées du patient : .....

.....

Nom et coordonnées du médecin : .....

.....

Nom du médicament et posologie : .....

Autres médicaments utilisés pour le traitement de l'asthme et en cas de crise d'asthme :

.....

Score ACT : .....

### Le traitement de l'asthme de votre patient :

- Se déroule bien
- Pose quelques problèmes
- Ne se déroule pas bien

### En raison de :

- Mauvaise technique d'inhalation
- Peur ou survenue d'effets indésirables
- Inobservance thérapeutique

Autre : .....

.....

### Vous avez recommandé à votre patient de :

- Se rincer la bouche
- Utiliser une chambre d'inhalation
- Suivre un schéma de médication
- Avoir une réserve de médicament pour le traitement de la crise à la maison
- Autre : .....

.....

Contact avec le médecin nécessaire pour : .....

Signature du patient

Signature du pharmacien

.....

Notes personnelles :

.....

.....



5520-390



Votre pharmacien :

Date de l'entretien : .. / .. / .....

## Compte-rendu BUM Asthme - Corticoïdes à inhaler - Entretien 2

Nom du patient : .....

Nom du médecin : .....

Nom du médicament et posologie : .....

Autres médicaments utilisés pour le traitement de l'asthme et en cas de crise d'asthme:

.....

**Vous avez eu un entretien avec votre pharmacien à propos de :**

- Technique d'inhalation
- Effets indésirables
- Observance thérapeutique
- Autre : .....

**Votre traitement :**

- Se déroule bien
- Pose quelques problèmes
- Ne se déroule pas bien

**Il vous est recommandé de :**

- Vous rincer la bouche
- Utiliser une chambre d'inhalation
- Suivre un schéma de médication
- Avoir une réserve de médicament pour le traitement de la crise à la maison

Autre : .....

.....

Consultez de préférence votre médecin pour : .....

Notes : .....

.....

Signature du patient

Signature du pharmacien



5520-390