

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 :

**Votre pharmacien vous a donné des informations sur :**

1. But et mode d’action du médicament, place dans le traitement
2. Mode d’administration et importance du bon usage
3. Importance de l’observance thérapeutique et symptômes d’alarme possibles
4. Effets indésirables possibles

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

**Votre pharmacien vous a remis un dépliant d’information sur votre maladie et sur votre médicament.**

Rendez-vous pour le 2ème entretien :

- Ne souhaite pas d’entretien de suivi
- A déterminer ultérieurement
- Date :

Coordonnées de la pharmacie :

Signatures du pharmacien et du patient

CNK 5520382