ANNEXE IV.5

**Annexe 5 : Compte-rendu pour le pharmacien – Entretien de suivi**

**Entretien d’accompagnement Bon usage des médicaments – Corticoïdes à inhaler**

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 ATC :

Le traitement pour 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 : …………………………………………………………

Notes personnelles :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Signatures du pharmacien et du patient CNK- 5520390