

# CLINIQUE DE RÉVISION ET D'OPTIMISATION DE LA MÉDICATION

GMF Clinique Marconi

Veillez remplir ce formulaire et le remettre au secrétariat de la clinique

Nom, prénom :		Date de naissance :	
# RAMQ		Téléphone :	
Formulaire rempli par :	<input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> Un proche (lien : _____)		

## Ma liste de médicaments sur ordonnance

No	NOM DU MEDICAMENT	No	NOM DU MEDICAMENT
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	
13		14	
15		16	
17		18	
19		20	

## Mon profil

Cochez la case qui correspond à votre situation pour chaque ligne.

Nombre de médicaments (sur ordonnance)	<input type="checkbox"/> Moins de 6 <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> 7 à 10 <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> 11 à 14 <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Plus de 14 <sub>3</sub>
Nombre de chutes (12 derniers mois)	<input type="checkbox"/> Aucune <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> 1 <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> 2 à 3 <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> 4 et plus <sub>3</sub>

## Hospitalisations récentes

Avez-vous été hospitalisé au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub>
Si oui, pour quelle raison?	<input type="checkbox"/> Chute <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> Autre: _____ <sub>1</sub>

## Qu'est-ce qui vous a motivé à demander une consultation pour revoir vos médicaments?

**Ce service dispose de plages limitées. Chaque demande est analysée selon sa complexité clinique et certaines pourraient ne pas être prises en charge. Vous serez contacté si votre demande est retenue.**

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Réservé au secrétariat

Total : \_\_\_\_ / 9

→ Inscrire patient dans Myle