

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_

No de dossier: \_\_\_\_\_

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

## FORMULAIRE CADDRA DE SUIVI PHARMACOLOGIQUE

*Veillez compléter et apporter lors de votre prochain rendez-vous*

**Nom du patient:** \_\_\_\_\_ **Date à laquelle le formulaire a été complété:** \_\_\_\_\_

**Personne complétant ce formulaire** (si pas le patient): \_\_\_\_\_  mère  père  autre

Sous médication depuis (période décidée avec votre médecin): \_\_\_\_\_ (date)

Liste des médicaments actuels:

- Médication non encore commencée
- Prend sa médication telle que prescrite
- Oublie/saute des doses à l'occasion
- Prend sa médication de façon irrégulière
- A arrêté sa médication

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

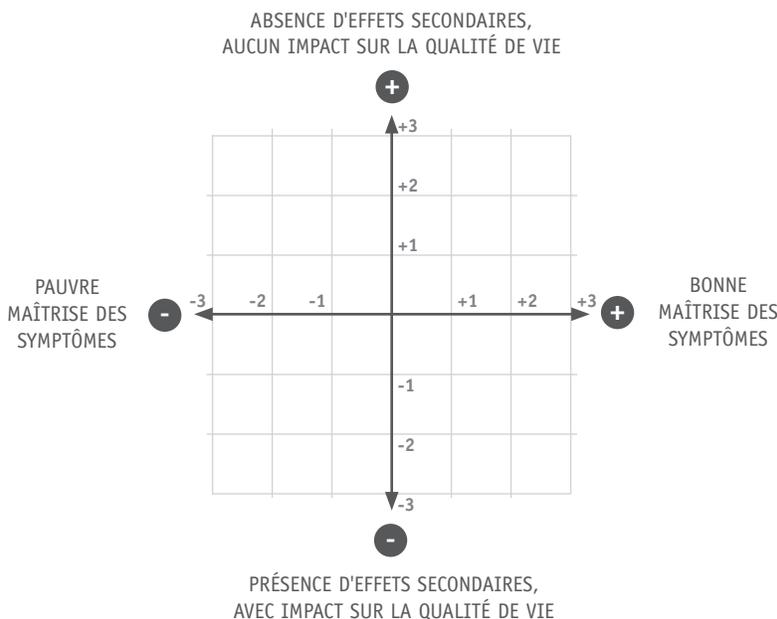
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Directives pour utiliser le schéma ci-dessous:

1. Mettre un point sur la ligne noire horizontale indiquant le niveau de maîtrise des symptômes actuels entre -3 et +3.
2. Mettre un point sur la ligne noire verticale indiquant le niveau actuel de l'impact sur la qualité de vie des effets secondaires entre -3(impact important) et +3 (pas d'impact).
3. Dessiner un X où les points faits sur chaque ligne se réuniront pour montrer l'état actuel du patient.



**Commentaire:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Quels changements sont survenus depuis le début de la médication?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas: aucune médication de prise | <input type="checkbox"/> Aucun changement     |
| <input type="checkbox"/> Nette amélioration                            | <input type="checkbox"/> Faible détérioration |
| <input type="checkbox"/> Amélioration                                  | <input type="checkbox"/> Détérioration        |
| <input type="checkbox"/> Faible amélioration                           | <input type="checkbox"/> Nette détérioration  |

**Veillez indiquer ci-dessous par un X la fréquence des effets secondaires survenus depuis le dernier rendez-vous médical. Veillez contacter votre médecin si les effets secondaires sont significatifs.**

EFFETS SECONDAIRES	FRÉQUENCE				Commentaires
	Jamais	À l'occasion	Souvent	Toujours	
Mal de tête					
Peau sèche					
Yeux secs					
Sécheresse buccale					
Soif					
Maux de gorge					
Vertiges					
Nausée					
Maux d'estomac					
Vomissements					
Transpiration					
Perte d'appétit					
Perte de poids					
Gain de poids					
Diarrhée					
Urine fréquemment					
Tics					
Difficultés à dormir					
Changements d'humeur					
Irritabilité					
Agitation/excitation					
Tristesse					
Palpitations cardiaques					
Pression artérielle élevée					
Dysfonction sexuelle					
Se sent pire ou différemment lorsque la médication s'estompe (rebound)					
Autre:					

**Points à discuter lors de votre prochain rendez-vous:**

---



---



---



---



---



---



---