ANNEXE IV.6

**Annexe 6 : Compte-rendu pour le patient – 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 :

Votre pharmacien vous a parlé de votre asthme et votre traitement :

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

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

* Technique d’inhalation
* Effets indésirables
* Observance thérapeutique
* Autre : …………………………………………………………………………………

Il vous est recommandé 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 :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Coordonnées de la pharmacie :

Signatures du pharmacien et du patient CNK – 5520390

Emportez ce document lors de votre prochaine visite chez le médecin