

Formulaire médicaments sur ordonnance

Saisie des données du patient dans le cadre de l'expédition du médicament

Afin de nous permettre de vous conseiller de manière optimale en matière de thérapie médicamenteuse et d'identifier les problèmes relatifs aux médicaments et à la santé, nous vous prions de nous fournir des données complémentaires sur votre état de santé et votre médication. Ces données seront exploitées uniquement par l'officine et dans le cadre de l'information relative à l'enregistrement de données concernant le médicament pour la participation à la vente de correspondance de médicaments.

Données Client(e)

Nom *	Prénom *
Rue N°*	NPA / Localité *
Téléphone *	Date de naissance*
E-mail *	

Adresse de livraison (si différent)

Nom	Prénom
Rue N°	NPA / Localité

Assurance

Assurance de Base*	N° Carte assurance*
Assurance complémentaire	N° Carte assurance

Les préparations prescrites peuvent-elles être remplacées par des génériques plus avantageux ou par tout autre générique ? *

Oui Non

Questionnaire de santé

Les réponses aux questions suivantes sont facultatives. Elles assurent une plus grande sécurité par rapport aux médicaments prescrits.

Taille

Poids

Etes-vous enceinte ?

Date du terme

Allaitiez-vous ?

Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?

Affections cardiaques / troubles circulatoires	Oui	Non
Affections hépatobiliaires	Oui	Non
Affections thyroïdiennes	Oui	Non
Asthme / troubles respiratoires	Oui	Non
Affections gastro-intestinales	Oui	Non
Troubles du sommeil	Oui	Non
Affections rénales / sous dialyse	Oui	Non
Affections musculaires	Oui	Non
Affections vasculaires / hypertension	Oui	Non
Diabète	Oui	Non
Autre		

Quels médicaments prenez-vous en plus de ceux prescrits ?

Souffrez-vous d'allergies ou intolérances, si oui lesquelles ?

Date*

Signature*