

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE SUR LES PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES

1 – La prescription pour chaque médicament comprend-elle les indications suivantes ?

Médicament 1

	Oui	Non	Sans objet
. Le nom du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Le dosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La durée du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....

.....

. La forme galénique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. le mode d'administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La répartition horaire par 24 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Le moment d'administration, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médicament 2

	Oui	Non	Sans objet
. Le nom du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Le dosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La durée du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....

.....

. La forme galénique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. le mode d'administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La répartition horaire par 24 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Le moment d'administration, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médicament 3

Oui Non Sans objet

- . Le nom du médicament
- . Le dosage
- . La durée du traitement

Commentaires :

.....

.....

- . La forme galénique
- . le mode d'administration
- . La répartition horaire par 24 heures
- . Le moment d'administration, si nécessaire

Médicament 4

Oui Non Sans objet

- . Le nom du médicament
- . Le dosage
- . La durée du traitement

Commentaires :

.....

.....

- . La forme galénique
- . le mode d'administration
- . La répartition horaire par 24 heures
- . Le moment d'administration, si nécessaire

Médicament 5

Oui Non Sans objet

. Le nom du médicament

. Le dosage

. La durée du traitement

Commentaires :

.....

.....

. La forme galénique

. le mode d'administration

. La répartition horaire par 24 heures

. Le moment d'administration, si nécessaire

Médicament 6

Oui Non Sans objet

. Le nom du médicament

. Le dosage

. La durée du traitement

Commentaires :

.....

.....

. La forme galénique

. le mode d'administration

. La répartition horaire par 24 heures

. Le moment d'administration, si nécessaire

Médicament 7

Oui Non Sans objet

- . Le nom du médicament
- . Le dosage
- . La durée du traitement

Commentaires :

.....

.....

- . La forme galénique
- . le mode d'administration
- . La répartition horaire par 24 heures
- . Le moment d'administration, si nécessaire

Médicament 8

Oui Non Sans objet

- . Le nom du médicament
- . Le dosage
- . La durée du traitement

Commentaires :

.....

.....

- . La forme galénique
- . le mode d'administration
- . La répartition horaire par 24 heures
- . Le moment d'administration, si nécessaire

Médicament 9

	Oui	Non	Sans objet
. Le nom du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Le dosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La durée du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....

.....

. La forme galénique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. le mode d'administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La répartition horaire par 24 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Le moment d'administration, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médicament 10

	Oui	Non	Sans objet
. Le nom du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Le dosage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La durée du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

.....

.....

. La forme galénique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. le mode d'administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La répartition horaire par 24 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Le moment d'administration, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au total, en début d'après-midi, le jour donné, y a-t-il, pour chaque médicament administré à ce malade, une prescription écrite ?

OUI

NON

- Si non, dans quelles circonstances a-t-il été donné ?

.....
.....
.....

- Si oui, s'agit-il de :

➤ une prescription hospitalière

. du jour

. faite un jour antérieur

➤ une prescription de ville

Si oui, continuez à répondre.

OUI

NON

2 – La prescription est-elle écrite par le médecin ?

3 – Le prescripteur s'est-il identifié ?

Si oui, par quel moyen ?

. nom écrit en toutes lettres

. initiales

. signature

4 – La prescription est-elle datée ?

5 – La prescription de certains médicaments est-elle écrite sous la forme d'un renvoi à un protocole ?

Si oui, ce protocole est-il accessible ?

6 – Quel est le support de la prescription médicale ?

. fiche de prescriptions

. fiche anesthésique

. autre Précisez :

7 – Le patient est-il bien identifié par ses nom et prénom ?

8 – L'écriture est-elle lisible et indélébile ?