

Fiche Je me prépare

DATE DE MON RENDEZ-VOUS :

IMPORTANT

Ayez en main cette fiche pour la consulter facilement ET votre liste de médicaments à jour, incluant ceux prescrits et ceux en vente libre.

1 - LE PROBLÈME DE SANTÉ PHYSIQUE OU MENTALE POUR LEQUEL JE CONSULTE :

.....

Depuis combien de temps? Plus ou moins 1 jour Plus ou moins 1 semaine
Plus ou moins 1 mois Plus d'un mois

2 - MA DOULEUR SE DÉCRIT COMME SUIT : (plusieurs choix possibles)

Aucune douleur

Ça pique



Ça déchire



C'est une crampe

Ça tire



Ça élance



Ça brûle



Ça gratte



C'est comme une coupure



C'est comme un choc électrique



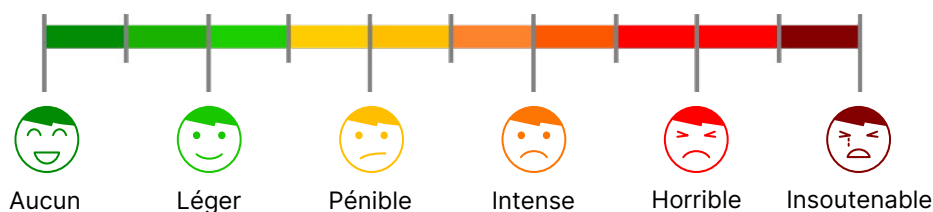
C'est comme des coups de couteau



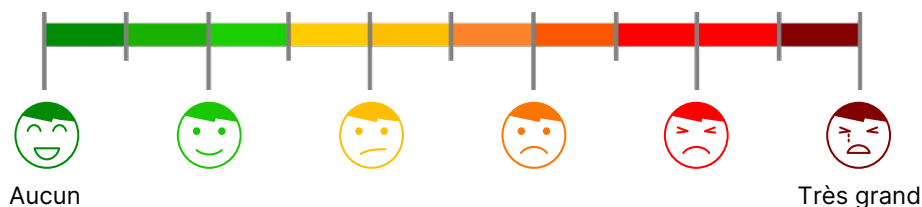
Autre :

Adapté de Atout-Lire

3 - MON DEGRÉ D'INCONFORT EST : (cochez la réponse)



4 - MON DEGRÉ D'INQUIÉTUDE OU DE PRÉOCCUPATION EST : (cochez la réponse)



Je ressens aussi cette ou ces émotions : (Exemples : tristesse, colère, peur, etc.)

.....

| DATE DE MON RENDEZ-VOUS :

5 - JE SUIS INCAPABLE DE OU J'AI DE LA DIFFICULTÉ À : (plusieurs choix possibles)

Dormir	Manger	Boire
Respirer	Marcher	Autre :
Travailler	Faire du sport	

6 - J'AI ESSAYÉ CECI POUR ME SOULAGER :

A)

Est-ce que ça a fonctionné?

Bien	Un peu	Pas du tout
------	--------	-------------

B)

Est-ce que ça a fonctionné?

Bien	Un peu	Pas du tout
------	--------	-------------

C)

Est-ce que ça a fonctionné?

Bien	Un peu	Pas du tout
------	--------	-------------

7 - SI J'AI DÉJÀ EU CE PROBLÈME DANS LE PASSÉ :

J'ai déjà consulté un(e) professionnel(le) de la santé :	Oui	Non
Où?	La clinique où j'ai un rendez-vous	L'urgence d'un hôpital
	Une autre clinique	Autre :
Quand? (Par exemple : il y a 2 semaines)		

8 - MON PROBLÈME EST APPARU DANS LES CIRCONSTANCES SUIVANTES

OU AU MOMENT SUIVANT : (Par exemple : après une chute, après un accident de la route, lors d'un stress élevé, lors du décès d'un proche, etc.)

.....

| DATE DE MON RENDEZ-VOUS :

9 - JE PENSE QUE MON PROBLÈME EST EXPLIQUÉ OU CAUSÉ PAR :

(Par exemple : étirement musculaire, infection, diabète, cancer qui revient, etc.)

.....

10 - JE NE DOIS PAS OUBLIER DE POSER CETTE QUESTION :

.....

11 - SI LE TEMPS LE PERMET, J'AIMERAIS PARLER AUSSI DU OU DES PROBLÈMES SUIVANTS :

A)

Depuis combien de temps?	Plus ou moins 1 jour	Plus ou moins 1 semaine
	Plus ou moins 1 mois	Plus d'un mois

B)

Depuis combien de temps?	Plus ou moins 1 jour	Plus ou moins 1 semaine
	Plus ou moins 1 mois	Plus d'un mois

RENOUVELLEMENT DE MÉDICAMENT(S)

12 - JE DÉSIRE RENOUVELER UN OU PLUSIEURS MÉDICAMENTS.

Oui Non

Il y a eu des changements dans le problème de santé pour lequel je prends ce ou ces médicaments :

Oui Non

Si oui, précisez :