

Feuille de suivi des médicaments



Pour gérer ou traiter les symptômes aux articulations, vous devrez peut-être essayer diverses options pour trouver celle qui vous convient. Il pourrait aussi être utile de parler de ce que vous avez déjà essayé avec votre médecin. Effectuer le suivi de votre historique des médicaments pourrait aider vous et votre médecin à prendre des décisions éclairées au sujet de votre plan de soins et des options offertes qui pourraient représenter la meilleure approche.

Cet outil de suivi vous aidera à faire le suivi des médicaments que vous avez essayé pour atténuer vos symptômes aux articulations (qu'il s'agisse de médicaments en vente libre, de produits naturels, ou sur ordonnance) et à indiquer ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné. Vous pourrez y noter le produit que vous utilisez, la posologie, vos symptômes avant et après sa consommation ainsi que les effets secondaires potentiels. Utilisez une nouvelle feuille de suivi des médicaments pour chaque médicament que vous avez pris ou que vous prenez actuellement.

1. Quel est le nom du ou des médicaments que vous prenez ou que vous avez pris [nom sur l'étiquette] ?

*Il pourrait être utile de prendre une photo du produit ou de l'emballage pour la montrer à votre médecin.

2. Le cas échéant, qui vous a prescrit ce médicament ?

3. De quel type de médicament s'agit-il (p. ex. : comprimé, injection, crème topique, autre) ?

4. Quelle est la dose du médicament (p. ex. : 5 mg)

5. Combien de fois par jour le prenez-vous et à quelle fréquence (p. ex. : une fois par jour, à l'occasion, au besoin ou deux fois par jour, tous les jours) ?

6. À quels moments de la journée en faites-vous usage (p. ex. : au petit-déjeuner, avant de vous coucher, à 10 h) ?

*Si vous n'êtes pas certain, vous pouvez demander à un pharmacien de vous aider à comprendre le produit que vous prenez.

7. À quelle date avez-vous commencé à prendre ce médicament ?

8. Quels symptômes aux articulations ou symptômes d'arthrite éprouviez-vous avant de commencer à suivre ce traitement (p. ex. : douleur au genou, mobilité limitée au niveau de la hanche, difficulté à dormir) ?

9. **Sur une échelle de 1 à 10, veuillez évaluer la gravité de chaque symptôme avant de commencer à suivre ce traitement.**
Exemple: Un symptôme pourrait être de la douleur au genou. Écrivez ensuite le niveau de douleur ressentie sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la pire douleur imaginable.
Conseil : Puisque tout le monde ressent la douleur différemment, votre médecin aimerait peut-être savoir ce qu'est la pire douleur imaginable pour vous.
- | | |
|---------------|---------------------|
| a) Symptôme : | Niveau de douleur : |
| b) Symptôme : | Niveau de douleur : |
| c) Symptôme : | Niveau de douleur : |
| d) Symptôme : | Niveau de douleur : |
10. **Ce traitement a-t-il atténué certains de ces symptômes ? Si oui, quelles améliorations avez-vous remarquées ?**
Sur une échelle de 1 à 10, veuillez évaluer la gravité de chaque symptôme après avoir commencé à suivre ce traitement
Exemple : Un symptôme pourrait être de la douleur au poignet. Écrivez ensuite le niveau de douleur ressentie sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la pire douleur imaginable.
Conseil : Si votre échelle de douleur a changé avec le temps, il est important d'en informer votre médecin. Par exemple, ce qui pouvait être ressenti comme un niveau de douleur moyen peut maintenant être ressenti comme un niveau de douleur faible si votre tolérance à la douleur s'est améliorée.
- | | |
|---------------|---------------------|
| a) Symptôme : | Niveau de douleur : |
| b) Symptôme : | Niveau de douleur : |
| c) Symptôme : | Niveau de douleur : |
| d) Symptôme : | Niveau de douleur : |
11. **Avez-vous ressenti des effets secondaires avec ce traitement? Si oui, quels sont les effets secondaires que vous avez ressentis ?**
12. **À quel moment chacun des effets secondaires a-t-il commencé? Un de ces effets secondaires a-t-il disparu ou changé pendant que vous utilisiez ce médicament ?**
13. **Avez-vous cessé de suivre ce traitement ? Si oui, pourquoi avez-vous arrêté de le suivre ?**
14. **Le cas échéant, à quelle date avez-vous cessé de suivre ce traitement ?**
15. **Avez-vous d'autres commentaires ou questions pour votre médecin :**