

## 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   | <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 4**

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 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	<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 8**

	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 9**

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 10**

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

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 ?