

NOM :

PRENOM :

Date : __ / __ / 201__

 Je prends des morphiniques : Oui Non

1 - Connaître et organiser mon traitement contre la douleur			
Je sais reconnaître mes médicaments :	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris
Je connais les médicaments génériques :	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris
Je sais expliquer l'action de mes médicaments :	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris
Je sais organiser la prise journalière de mes médicaments :	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris
Je sais quand revoir mon médecin pour renouveler mon ordonnance	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris
2 - Adapter mon traitement en cas de crise douloureuse			
Je sais reconnaître mes pics douloureux (ou mes crises) :	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris
Je connais le médicament à prendre en cas de crise :	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris
Je sais combien de temps il faut que j'attende pour prendre un second comprimé :	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris
Si j'ai plus de 3 crises douloureuses par jour, je sais qui contacter :	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris
3 - Connaître les effets indésirables de mes antalgiques			
Je sais reconnaître les effets indésirables :	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris
Je sais comment réagir face à un effet indésirable :	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris
Je sais que je dois informer mon médecin des effets indésirables inhabituels :	J'ai besoin de plus d'explications	_ _ _ _	J'ai bien compris