



Samenvatting voor dossier apotheker

GGG Astma - Inhalatiecorticosteroïden

1^{ste} gesprek

Datum van het gesprek: . . / . . /

Naam en contactgegevens patiënt:

Naam en contactgegevens arts:

Bevestiging diagnose astma door: ☐ Patiënt ☐ Arts ACT-score :

Naam van het geneesmiddel en posologie:

Andere geneesmiddelen gebruikt voor astma en noodmedicatie in geval van astma-aanval:

Volgende items werden met de patiënt overlopen:

	Behandeld	Aandachtspunt
1. Doel en werking geneesmiddel, plaats in behandeling	☐	☐
2. Toedieningswijze en belang van het goed gebruik	☐	☐
3. Belang van therapietrouw en mogelijke alarmsyptomen	☐	☐
4. Mogelijke bijwerkingen	☐	☐

Indien aandachtspunt werd aangevinkt: reden vermelden

- ☐ Angst voor cortisone
- ☐ Problemen te verwachten met hand-mondcoördinatie
- ☐ Problemen te verwachten met therapietrouw
- ☐ Andere:

Contact met de arts noodzakelijk voor:

Ik geef toestemming aan bovenstaande apotheker voor het opstarten van een individuele begeleiding (= voortgezette farmaceutische zorg) en het bijhouden van een dossier voortgezette farmaceutische zorg.

Datum 2^{de} gesprek: . . / . . / om

Handtekening van de patiënt Handtekening van de apotheker

Persoonlijke nota's:



5520-382