MA SANTÉ MA SÉCURITÉ

MA LISTE DE MÉDICAMENTS

Avec moi, tout le temps !

N'hésitez pas à demander de l'aide à votre pharmacien/médecin pour remplir ce document.

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / ....

Poids : .....

Taille : .....

Pharmacie habituelle (Nom/Adresse/Localité) : .....

.....

Personne qui s'occupe de mes médicaments :

☐ Moi ☐ Autre : .....

Tél. : .....

Clinique Saint-Luc Bouge

Pour toutes questions : 081/20.94.53

☐ ***Je ne prends aucun médicament***

Liste complète et à jour de tous les médicaments avec ou sans orodnnance que je prends tous les jours ou au besoin

Nom du médicament	Dosage	Pourquoi je prends ce médicament ?	Moment de prise et quantité					Remarques éventuelles (Exemple : fréquence particulière, médicament au besoin)
			Matin	Midi	Après-midi	Soir	Coucher	
Exemple : médicament A	2,5 mg	tension	1					

La liste reprise ci-dessus est complète : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous pensé à tout ?

☐ Gouttes pour les yeux		Médicament pris 1x par semaine ou 1x par mois	☐
☐ Inhalateur / puff aérosol		Médicament pour dormir	☐
☐ Spray		Médicament pour l'estomac, intestin	☐
☐ Injection		Médicament pour le cœur, artères, sang	☐
☐ Patch		Médicament pour la prostate, la vessie, hormones	☐
☐ Suppositoire		Médicament pour l'humeur / l'anxiété	☐
☐ Crème ou médicament pour la peau		Complément alimentaire / plantes / vitamines	☐
☐ Préparation faite par le pharmacien		Médicament pour les os / les articulations	☐

Y a-t-il eu des changements dans votre traitement ces derniers mois ?

☐ Non ☐ Oui : Lesquels et pourquoi ? .....

.....

Avez-vous des allergies/intolérances à des médicaments / désinfectants/pansements ?

☐ Non ☐ Oui, nom et description de la réaction : .....

.....

.....

Avez-vous pris un antibiotique dans les trois derniers mois ?

☐ Non ☐ Oui : lequel ? .....

.....

J'ai fait mon vaccin :

- Contre la grippe : ☐ Non ☐ Oui, cette année
- Contre le tétanos : ☐ Non ☐ Oui, il y a moins de 10 ans
- Contre le pneumocoque : ☐ Non ☐ Oui, il y a moins de 5 ans

SIGNATURE : **DATE :**

.....