

LISTE DE VOS MÉDICAMENTS À LA MAISON

Liste complétée le : / /



Il est important que les soignants sachent exactement quels médicaments vous prenez actuellement à la maison. Dans ce cadre, on vous invite à remplir ce formulaire et à l'apporter lors de chaque visite à l'hôpital.

DONNÉES PATIENTS

NOM + PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ALLERGIES médicamenteuses ? OUI /NON, si OUI : lesquelles ?

INTOLÉRANCES médicamenteuses ? OUI /NON, si OUI : lesquelles ?

Certains médicaments ont-ils **commencé ou été arrêtés** depuis **1 mois**?

SI OUI : lesquels ?

MÉDICAMENT			MOMENT DE PRISE + QUANTITÉ				REMARQUES
Nom du médicament	Dosage	Forme (gélule, comprimé, sirop, spray, puff, aérosol, crème, gel, goutte, piqûre, suppo, patch,...)	Matin	Midi	Soir	Avant coucher	Par exemple : 1 fois /semaine, 1 fois /mois + date, Si nécessaire (mal à la tête, ...)
Ex: Dafalgan	500mg	Comprimé	1x				

NE PAS OUBLIER DE MENTIONNER ÉGALEMENT SI VOUS PRENEZ :

- des vitamines, minéraux et autres compléments alimentaires
- de la phytothérapie & herboristerie
- de l'homéopathie
- des médicaments en vente libre (sans prescription)
- des anticoagulants
- des somnifères
- des antidouleurs
- des antibiotiques
- de l'insuline
- de la cortisone
- des préparations hormonales
- des patchs de médicaments
- des médicaments que vous n'utilisez que 1x/mois, 1x/ par an ou si nécessaire
- des gouttes (yeux/oreilles)
- des seringues
- des puffs