

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date :



La Liste de mes médicaments, une information indispensable !



Ce document est à remplir par le patient ou la personne référente et à remettre au personnel médical ou infirmier lors de votre consultation ou hospitalisation.

Nom et/ou adresse de votre pharmacie habituelle :

Nom de la personne qui s'occupe de vos médicaments :

+ n° de téléphone.....

Avez-vous une allergie ou une intolérance à certains médicaments ? Oui Non

Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom du médicament	Type de réaction

Lors des 2 dernières semaines, avez-vous pris des antibiotiques ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Voici une check list pour vous aider à remplir votre liste de médicaments:

Indications de vos médicaments		OUI	NON
Système nerveux	Parkinson, Epilepsie, mémoire,...		
Digestion	Estomac, nausées/vomissements, constipation, diarrhée,...		
Cœur	Tension, cœur, circulation,...		
Respiration	Toux, rhume, asthme, bronchite chronique,...		
Circulation sanguine	Fluidifie le sang, jambes lourdes,...		
Os/Muscles/Articulations	Rhumatisme, goutte,...		
Douleur/ fièvre			
Diabète ou cholestérol	Insuline, ...		
Peau	Urticaire, réaction au soleil, boutons,...		
Hormones	Corticoïdes, thyroïde, ...		
Yeux/nez/gorge/oreille	Glaucome, sécheresse oculaire, rhinite, angine,...		
Allergie	Réaction cutanée,...		
Cancer	Chimiothérapie, adjuvants,...		
Rejet d'organe	Immunosuppresseurs,...		
Infection	Antiviraux, antibiotiques,...		
Voies urinaires	Vessie, Prostate, rein,...		
Génital	Ménopause, contraceptif, troubles de l'érection,...		
Sommeil/dépression	Troubles du sommeil, humeur, anxiété,...		
Autres	Plantes, vitamines, compléments alimentaires,...		

Liste complète de vos médicaments

Nom du médicament	Forme (comprimé, patch, spray, sirop,...)	Dosage	Fréquence	Matin	Midi	Soir	Coucher	Indication et remarques
Ex: Paracétamol	Comprimé	500 mg	3x/jour	1	1	1		Douleur

Prenez-vous des médicaments sans ordonnance ? Si oui, lesquels?

N'avez-vous rien oublié ?

Prenez-vous des médicaments 1x/semaine et 1x/mois ?

Prenez-vous des médicaments sous forme :

- Injection
- Patch
- Puff/aérosol
- Gouttes

Avez-vous des médicaments récemment **ajoutés**, **supprimés** ou **changés** récemment ? si oui lesquels et pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

