

LISTE DE MÉDICAMENTS

Mettez à jour cette liste chaque fois que vous débutez ou cessez un médicament, ou lorsque la dose d'un médicament est modifiée. Incluez tous les médicaments prescrits ainsi que ceux en vente libre, les produits de santé naturels ainsi que les vitamines.

Votre nom : _____

Date de la dernière mise à jour de cette liste : _____

Apportez cette liste chez votre médecin, votre pharmacien ou tout autre professionnel de la santé lorsque vous procédez à la révision de vos médicaments, ou si vous suspectez que certains symptômes ressentis sont causés par un médicament.

Votre liste de médicament doit être révisée régulièrement afin d'assurer que chaque médicament est toujours nécessaire.

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Indiquez toutes vos allergies ou intolérances :

Nom du médicament (nom de marque / nom générique)	Forme (pilule, sirop, timbres, gouttes, etc.)	Dose et moment de prise	Raison d'utilisation	Prescrit par	Date du début	Date d'arrêt
ex. Lipitor / atorvastatine	ex. pilule	ex. 20 mg, une fois par jour	ex. taux élevé de cholestérol	ex. Dr. Smith	12 fév. 2018	

LISTE DE MÉDICAMENTS

(Suite)

Nom du médicament (nom de marque / nom générique)	Forme (pilule, sirop, timbres, gouttes, etc.)	Dose et moment de prise	Raison d'utilisation	Prescrit par	Date du début	Date d'arrêt
ex. Lipitor / atorvastatine	ex. pilule	ex. 20 mg, une fois par jour	ex. taux élevé de cholestérol	ex. Dr. Smith	12 fév. 2018	