Ma liste de médicaments

SOYEZ ACTEUR DE VOTRE SANTÉ !

*Il est important pour **votre sécurité** et la **qualité des soins** que le personnel médical et soignant sache précisément quels médicaments vous prenez.*
*Prenez le temps de **remplir cette liste** et de la présenter **à chaque visite** à l'hôpital.*
(Aidez-vous de vos boîtes ou en faisant appel à votre médecin et/ou pharmacien)

STP-BR-0392 - 05/26

Nom : ..... **Prénom** : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... **Liste complétée le** (date) : ..... / ..... / .....

(pensez à la mettre à jour à chaque changement)

Allergies / intolérances médicamenteuses ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si **oui**, lesquelles ? .....

.....

Prenez-vous des vitamines, des plantes ou des compléments alimentaires ? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, lesquels ? .....

.....

⚠ ***Pensez bien à écrire tous vos médicaments : gélule, comprimé, sirop, spray, puff, aérosol, crème, gel, gouttes, piqûre, suppositoire, ovule, patch, ...***

Nom du médicament	Dosage	Pourquoi prenez-vous ces médicaments	Moment de prise et quantité				Ce traitement a-t-il débuté il y a moins d'un mois ?
			Matin	Midi	Soir	Coucher	
Exemple : Lasix	*40 mg*	*Jambes gonflées*	*1/2*				*Non*

Eprouvez-vous des difficultés pour prendre vos médicaments (difficultés pour les avaler ou les manipuler, oubli…) **?** ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, comment faites-vous pour les prendre? (ex. en les coupant , en les écrasant, etc.) ? .....

.....

Avez-vous pris récemment un ou plusieurs médicaments que vous ne prenez plus actuellement ? (ex. antibiotique, ...) **?** ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, de quoi s'agit-il et pourquoi l'avez-vous pris ? .....

.....

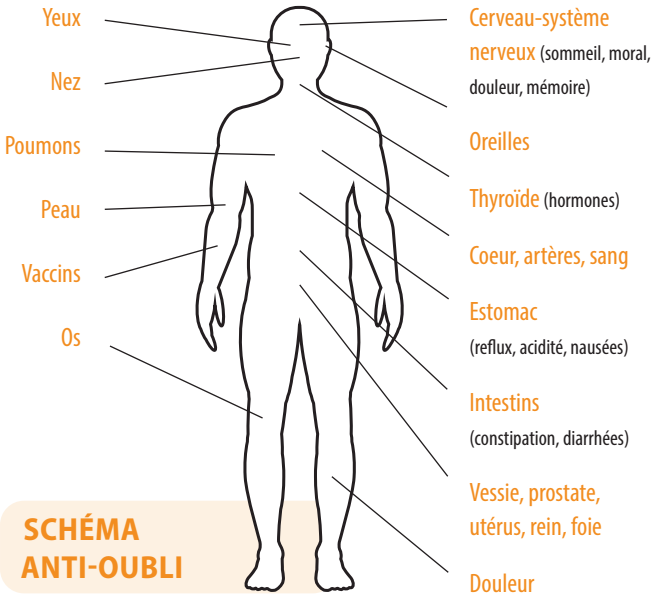

SCHÉMA ANTI-OUBLI

CHU Saint-Pierre
UMC Sint-Pieter

ULB VUB

patient partner