

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)

Nom : Prénom :

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

(pensez à la mettre à jour à chaque changement)

Allergies / intolérances médicamenteuses ? Oui Non

Si **oui**, lesquelles ?

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

Si **oui**, lesquels ?

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, oublier...)? 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 ?

Yeux Neurologique (sommeil, moral, douleur, mémoire)

Nez Oreilles

Poumons Thyroïde (hormones)

Peau Coeur, artères, sang

Vaccins Estomac (reflux, acidité, nausées)

Os Intestins (constipation, diarrhées)

ASTUCE ANTI-OUBLI
Pensez bien à écrire tous vos médicaments : gélule, comprimé, sirop, spray, puff, aérosol, crème, gel, gouttes, piqure, suppositoire, ovule, patch, ...

Vessie, prostate, gynécologique

Douleur