

Prenez-vous des médicaments ?

oui

non

Si oui : remplissez le tableau ci-dessous.

NOM DU MÉDICAMENT	DOSAGE <i>p.ex. 5 mg, 250 mg/5 ml, etc.</i>	FORME <i>p.ex. comprimés, gouttes, sirop, etc.</i>	EN QUELLE QUANTITÉ prenez-vous le médicament et à QUEL MOMENT ?				REMARQUES <i>p.ex. à jeun, tous les 2 jours, 1x/semaine, 1x/mois, au besoin, etc.</i>	À compléter par le médecin : S'il faut interrompre la prise avant l'admission à l'unité de soins : Moment de la dernière ingestion :
			Matin	Midi	Soir	Avant d'aller dormir		

À compléter par le médecin :

Nouveaux médicaments à prendre :

DATE DE DÉBUT	NOM DU MÉDICAMENT	DOSAGE	FORME	QUANTITÉ + MOMENT ?

Nom - prénom et cachet du médecin :

Signature :

Date : ... / ... /

