Health Sciences North
Horizon Santé-Nord

MA LISTE DE MÉDICAMENTS

DATES DE MISE À JOUR : _____ _____ _____ _____ _____

Nom :	**Médecin de famille / infirmière praticienne :**	**Téléphone :**
Date de naissance :	**Autres médecins :**	**Téléphone :**
Téléphone à domicile :	**Pharmacie régulière :**	**Téléphone :**
Nom et numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :	**Autres pharmacies :**	**Téléphone :**

Liste de toutes vos allergies (aux médicaments ou aux aliments)

Allergie :	**Décrire la réaction :**	**Allergie :**	**Décrire la réaction :**

Liste de tous vos médicaments prescrits ou non prescrits, suppléments à base d'herbes ou vitamines (continuez sur la deuxième page au besoin)

Date de début	**Nom du médicament et dose (p. ex., mg/unités)**	**Mode d'administration (p. ex., une pilule par la bouche 2 fois par jour)**	**À quelle heure prenez-vous le médicament?**					**Pourquoi prenez-vous ce médicament (ou commentaires)?**
			Matin	Midi	Souper	Coucher	Au besoin	
			☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	

Date de début	Nom du médicament et dose (p. ex., mg/unité)	Mode d'administration (p. ex., une pilule par la bouche 2 fois par jour)	À quelle heure prenez-vous le médicament?					Pourquoi prenez-vous ce médicament (ou commentaires)?
			Matin	Midi	Souper	Coucher	Au besoin	

NOM : _____