

## SCHÉMA DE MÉDICATION

### ▲ DONNÉES PERSONNELLES

Prénom et nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Liste de médication complétée par :

Patient  Famille/représentant  Médecin généraliste  Pharmacien  Centre de résidence et de soins

Soins infirmiers à domicile

Autres : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### ▲ PERSONNES DE CONTACT

Nom de la personne de contact : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Patient  Autres : \_\_\_\_\_ (parenté, p. ex. époux, sœur...)

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### ▲ NOUS VOUS PRIONS DE DÛMENT (FAIRE) COMPLÉTER LE SCHÉMA DE MÉDICATION AU VERSO DE CE DOCUMENT.

Pensez aussi aux éléments suivants :

- Anticoagulants, somnifères, analgésiques, cortisone, préparations hormonales, médicaments contre les douleurs d'estomac, insuline, antibiotiques, vitamines, compléments alimentaires, herbes officinales, traitements homéopathiques...
- Gouttes auriculaires, collyres, patchs médicamenteux, inhalateurs, piqûres, onguents...
- Médicaments à prendre 1 fois par semaine, 1 fois par an ou uniquement si nécessaire
- Médication cessée récemment (< 2 semaines)

MES MÉDICAMENTS							PETIT-DÉJEUNER			10 h	REPAS DE MIDI			16 h	REPAS DU SOIR			20 h	AVANT LE COUCHER
Médicament	Dose	Forme	Fréquence	Prise	Unité	À jeun	Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		
Exemple : Dafalgan	500 mg	comprimé effervescent	2x/jour	voie orale	tablet			1								1			

**REMARQUES** Notez ici les allergies ou effets indésirables des médicaments

---



---



---



---