

Médicaments d'ordonnance

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____

Médicaments en vente libre (sans ordonnance)

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____

Vitamines, produits de phytothérapie, suppléments alimentaires

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____

Nom : _____ **Concentration :** _____ (mg, µg, etc.)

Fréquence ou périodes de la journée : _____ À partir du : _____

Directives particulières (p. ex. aux repas) et précautions (p. ex. ne pas consommer d'alcool):

Motif : _____

Prescrit par (nom du médecin) : _____

Délivré par (pharmacie) : _____

Nombre de renouvellement(s) (encercler) : 1 2 3 4 5 6 *Demander renouvellement

Questions à aborder au prochain rendez-vous : _____