



Ministère de la Santé - COVID-19

MA LISTE DE MEDICAMENTS

A remplir par le patient ou la personne responsable de l'administration des traitements

Patient Nom Prénom Matricule	Pathologies traitées : Médecin traitant : <i>(Nom, prénom, contact)</i>		
<p>Notez tous les médicaments que vous prenez actuellement</p> <p>Tenez cette liste à jour et gardez-la tout le temps avec vous</p> <p>Montrez cette liste à votre médecin et/ou votre pharmacien lorsque vous le consultez</p> <p><i>Montrez cette liste au personnel soignant en cas d'hospitalisation ou d'une prise en charge d'urgence</i></p>			
Nom du médicament	Dosage	Fréquence d'administration À préciser (M / M / S / N ¹)	Remarques
<i>Exemple : APRANAX</i>	<i>275 mg</i>	<i>1 / 1 / 1 / 0</i>	<i>Depuis le 05 mai 2020</i>

¹ M : matin, M: midi, S: soir, N: nuit



Nom du médicament (suite...)	Dosage	Fréquence d'administration	Remarques
<p>Médicaments à éviter ou contre-indiqués (<i>allergie ou effets secondaires trop importants</i>) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>A REMPLIR PAR LE PATIENT ou LA PERSONNE RESPONSABLE² des TRAITEMENTS:</p> <p>Nom et prénom (<i>si différent du patient</i>) : _____</p> <p>Date de dernière mise à jour : _____</p> <p>Signature : _____</p>			
<p>FICHE A METTRE À JOUR lors de TOUT CHANGEMENT</p>			

² Personne préparant le pilulier et/ou administrant les médicaments