

# SCHÉMA DE MÉDICATION

## ▲ COORDONNÉES PERSONNELLES

Prénom et nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance ou numéro adrema : \_\_\_\_\_

La liste de médicaments a été complétée par :

Vous  Famille/représentant  Médecin  Pharmacien  Résidence  Infirmier(e) à domicile  Autre : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## ▲ PERSONNES DE CONTACT

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Patient  Autre : \_\_\_\_\_ (parent, par ex. conjoint, sœur, ...)

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

## ▲ NOUS VOUS DEMANDONS DE BIEN VOULOIR REMPLIR OU DE FAIRE REMPLIR LE SCHÉMA DE MÉDICATION AU VERSO DE CE DOCUMENT LE PLUS COMPLÈTEMENT POSSIBLE.

Pensez aussi à :

- Anticoagulants, somnifères, analgésiques, cortisone, préparations hormonales, médicaments contre les brûlures d'estomac, insuline, antibiotiques, vitamines, compléments alimentaires, herbes médicinales, homéopathie, ...
- Gouttes auriculaires, gouttes ophtalmiques, pansements médicamenteux, inhalateurs, injections, pommades, ...
- Médicaments que vous ne prenez que 1x /semaine, 1x /an ou seulement si nécessaire
- Médicaments arrêtés récemment (< 2 semaines)

