

Vos médicaments, parlons-en !







GRAND HÔPITAL
de CHARLEROI

Vous prenez des médicaments ou des compléments alimentaires ? Nous avons besoin de le savoir pour pouvoir vous soigner de la meilleure manière possible.

ETIQUETTE PATIENT

Remplissez ce document, remettez-le au médecin qui s'occupe de vous et puis gardez-le sur vous.
Si besoin, faites-vous aider.

Date :/...../20.....

	 Médecin traitant	 Pharmacien	 Personne de contact
 Nom Prénom			Tél :/.....



Avez-vous des allergies ou intolérances à certains médicaments ? OUI-NON

Avec quel(s) médicament(s) avez-vous une allergie ?

.....



NEW !

Le mois dernier, avez-vous eu des changements/des arrêts dans votre traitement ?

OUI – NON

Pour quel(s) médicament(s) y a-t-il eu un changement ?

.....










Le mois dernier, avez-vous pris des antibiotiques ? OUI - NON

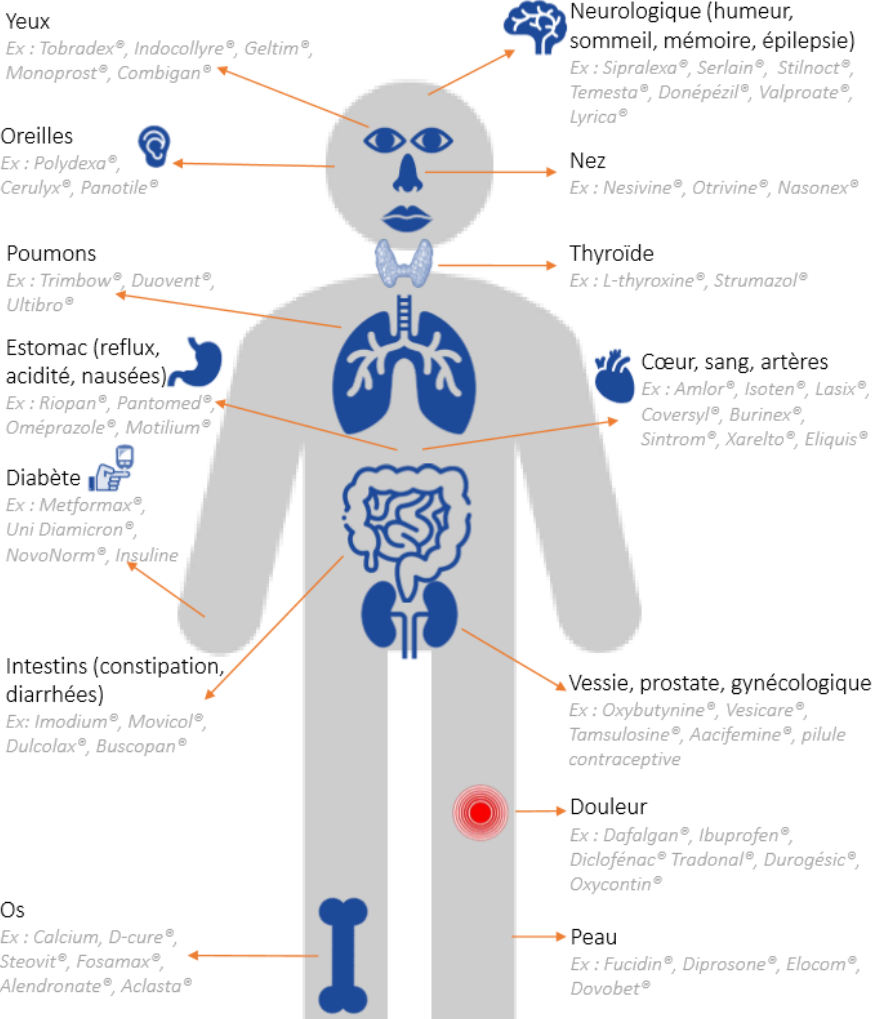
Nom des antibiotique(s) :

.....



Quels médicaments, compléments alimentaires, vitamines prenez-vous actuellement ? Aidez-vous de vos boîtes si vous les avez et des images ci-dessous.

Nom du médicament 	Dosage 	Pourquoi prenez-vous ce médicament ? 	Moment de prise et quantité				Remarques éventuelles
			Matin 	Midi 	Soir 	Coucher 	
<i>Exemple: Isoten[®]</i>	10mg	Cœur, tension	½ (= 0,5) comprimé				<i>Exemples : avant le repas, 1x/semaine, nouveau depuis 1 mois,...</i>



- Gouttes 
- Crème, gel, pommade 
- Injections, piqûres 
- Spray nasal 
- Suppositoires, ovules 
- Sirop, solution 
- Puff, aérosol, inhalateur 
- Patches (= qui collent sur la peau) 
- Vitamines, Compléments alimentaires 
- Plantes 

Merci pour votre aide !