

FICHE DE MÉDICAMENTS - TRAITEMENT CHRONIQUE HABITUEL



A compléter par un professionnel de la santé

Fiche établie le/...../..... (Date)

Validée par (Nom(s)- Médecin et/ou Pharmacien)

.....
.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance :
...../...../.....

Taille : cm

Poids : kg

Noms et numéros de téléphone

Médecin traitant : Tél :/.....

Pharmacie habituelle : Tél :/.....

Soins infirmiers à domicile : Tél :/.....

Personne qui s'occupe de vos médicaments : 0 Moi 0 Autre

Mme/M./Dr/..... Tél :/.....

Avez-vous déjà eu des allergies ou intolérances à un médicament ? Oui Non

Autres :

Prenez-vous un des produits suivants ?

Anticoagulants

Injection

Somnifères

Puff ou aérosol

Antidouleurs (migraine,...)

Sirop

Anti-inflammatoires (rhumatisme)

Gouttes (par voie orale, nasale, oculaire,...)

Antipyrétiques

Pommades

Patch

Autres : compléments alimentaires,
homéopathie,...

A base de cortisone
(dans l'année qui précède et le dosage)

Préparation magistrale

A base d'hormone (thyroïde, contraception,...)

Spray

Merci de joindre vos autorisations de remboursement ou une copie.

