



## Ministère de la Santé - COVID-19

### MA LISTE DE MEDICAMENTS

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

<b>Patient</b> Nom Prénom Matricule	<b>Pathologies traitées :</b>  <b>Médecin traitant :</b> <i>(Nom, prénom, contact)</i>		
<p><b>Notez tous les médicaments que vous prenez actuellement</b></p> <p><b>Tenez cette liste à jour et gardez-la tout le temps avec vous</b></p> <p><b>Montrez cette liste à votre médecin et/ou votre pharmacien lorsque vous le consultez</b></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 <sup>1</sup> )	Remarques
<i>Exemple : APRANAX</i>	<i>275 mg</i>	<i>1 / 1 / 1 / 0</i>	<i>Depuis le 05 mai 2020</i>

<sup>1</sup> M : matin, M: midi, S: soir, N: nuit



<b>Nom du médicament</b> (suite...)	<b>Dosage</b>	<b>Fréquence d'administration</b>	<b>Remarques</b>
<p><b>Médicaments à éviter ou contre-indiqués</b> (<i>allergie ou effets secondaires trop importants</i>) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p><b>A REMPLIR PAR LE PATIENT ou LA PERSONNE RESPONSABLE<sup>2</sup> des TRAITEMENTS:</b></p> <p>Nom et prénom (<i>si différent du patient</i>) : _____</p> <p>Date de dernière mise à jour : _____</p> <p>Signature : _____</p>			
<p><b>FICHE A METTRE À JOUR lors de TOUT CHANGEMENT</b></p>			

<sup>2</sup> Personne préparant le pilulier et/ou administrant les médicaments