

Voici une check list pour vous aider à remplir votre liste de médicaments:

Indications de vos médicaments		OUI	NON
Système nerveux	Parkinson, Epilepsie, mémoire,...		
Digestion	Estomac, nausées/vomissements, constipation, diarrhée,...		
Cœur	Tension, cœur, circulation,...		
Respiration	Toux, rhume, asthme, bronchite chronique,...		
Circulation sanguine	Fluidifie le sang, jambes lourdes,...		
Os/Muscles/Articulations	Rhumatisme, goutte,...		
Douleur/ fièvre			
Diabète ou cholestérol	Insuline, ...		
Peau	Urticaire, réaction au soleil, boutons,...		
Hormones	Corticoïdes, thyroïde, ...		
Yeux/nez/gorge/oreille	Glaucome, sécheresse oculaire, rhinite, angine,...		
Allergie	Réaction cutanée,...		
Cancer	Chimiothérapie, adjuvants,...		
Rejet d'organe	Immunosuppresseurs,...		
Infection	Antiviraux, antibiotiques,...		
Voies urinaires	Vessie, Prostate, rein,...		
Génital	Ménopause, contraceptif, troubles de l'érection,...		
Sommeil/dépression	Troubles du sommeil, humeur, anxiété,...		
Autres	Plantes, vitamines, compléments alimentaires,...		

Avez-vous une allergie à certains médicaments? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant:

Nom du médicament suspecté	Type de réaction

Lors des 2 dernières semaines, avez-vous pris des antibiotiques ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

N'avez-vous rien oublié ?

Prenez-vous des médicaments 1x/semaine et 1x/mois ?
Prenez-vous des médicaments sous forme :

- Injection
- Patch
- Puff/aérosol
- Gouttes

Avez-vous des médicaments récemment **ajoutés**, **supprimés** ou **changés** ? si oui lesquels et pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

