



COMMUNE BIÉVÈNE

Nom: \_\_\_\_\_

Date:        /        /

Avez vous des allergies ou autres effets secondaires sévères lorsque vous prenez certains médicaments? (*allergies /intolérances /effets secondaires*). Si oui, lesquelles?

Remplissez les coordonnées de votre médecin traitant:

Et de votre pharmacien:

Prenez-vous actuellement un de ces médicaments?

(N'oubliez pas de les mentionner dans la fiche au verso)

- Antidouleurs?
- Somnifères?
- Contraceptives (la pillule)?
- Antidiabétiques?
- Gouttes pour le nez, les yeux ou les oreilles?
- Pommades, crèmes, gels?
- Injections: 1x/semaine; 1x/mois; 1x/an(Zypadhera®, Clexane®,...)?
- Autres médicaments (avec schéma de prise voir verso)?
- Médicaments contre les maux d'estomac/constipation/diarrhée?
- Vitamines/compléments alimentaires/plantes médicinales/homeopathie?
- Pansements médicaux? (nicotine, antidouleurs...)?
- Antibiotiques?
- Médicaments contre le cholestérol?
- Inhalations? Sirops pour la toux?
- Préparations du pharmaciens?
- Anticoagulants? (schéma?)

