

Liste de médicaments

Nom de la pharmacie :

Nom:

	Date de naissance :
Fréquence	
Directives particulières	Téléphone :
Médecin ou	
Arrêt du	

						Médicament et dose (p. ex. Morphine/5 mg)
						Pour quoi ce médicament est- il donné?
						Fréquence de prise (p. ex. 2 fois par jour, au besoin, etc.)
						Directives particulières ou commentaires (p. ex. Prendre avec des aliments, éviter le pamplemousse)
						Médecin ou infirmier.ère praticien.ne ayant fait la prescription
						Arrêt du médicament (date)



Calendrier de prise des médicaments - suivi hebdomadaire

Au besoin	Au coucher	Après-midi	Midi	→ Matin			
					Médicament et dose (p. ex. Morphine/5 mg)		
					Heure de la prise		
					Dim	Médic	
					Lun	Médicament pris? (Inscrivez un crochet ou l'heure de prise)	
					Mar	is? (Inscri	
					Mer	vez un cro	
					Jeu	chet ou l'	
					Ven	heure de	
					Sam	prise)	
					O/N	À renouveler?	

Facteurs à considérer pour le registre des médicaments

Pour les médicaments pris au besoin, il peut être utile d'indiquer l'heure de la prise, pourquoi cette dose s'est avérée nécessaire et si elle a été efficace. Cette information aidera l'équipe soignante à déterminer s'il est temps d'ajuster la dose d'un médicament.