

Ma LISTE DE MÉDICAMENTS : Date : _____

Médicament _____

Posologie _____

Prescrit par _____

Date de début _____ Date d'arrêt _____

Effets secondaires _____

Questions _____

Médicament _____

Posologie _____

Prescrit par _____

Date de début _____ Date d'arrêt _____

Effets secondaires _____

Questions _____

Médicament _____

Posologie _____

Prescrit par _____

Date de début _____ Date d'arrêt _____

Effets secondaires _____

Questions _____

Médicament _____

Posologie _____

Prescrit par _____

Date de début _____ Date d'arrêt _____

Effets secondaires _____

Questions _____