

Mes médicaments



Tableau d'aide au bon usage du médicament et à l'échange avec ses soignants

Nom : Prénom : Date :

Ce que traite ce médicament (diabète, tension, cholestérol...)	Mon médicament (nom et dosage)	Mes prises				Prise par rapport au repas (avant, pendant ou après)	Précautions à prendre dans certaines situations	Mes questions, ou les difficultés que j'ai rencontrées (effet secondaire, difficulté d'organisation, oubli...)
		Matin	Midi	Soir	Coucher			