



Mon carnet de santé

Tenez ce dossier à jour chaque fois qu'il y ait un changement dans les informations de votre médecin ou des changements de médicaments, de posologie ou de fréquence vous ont été prescrits. Conservez une copie dans votre trousse d'urgence. Apportez toujours votre liste de médicaments aux visites chez le médecin et à l'hôpital. Cochez la case ci-dessous et remplissez l'autre côté si vous prenez plus de trois médicaments.

Nom: _____ Date: _____ Par: _____

Médecin: _____ Téléphone: _____ Spécialité: _____

Médecin: _____ Téléphone: _____ Spécialité: _____

Médecin: _____ Téléphone: _____ Spécialité: _____

Nom/numéro de téléphone du contact d'urgence : _____

Allergies (aliments, médicaments, latex, etc.) : _____

Antécédents médicaux : (Avec les diagnostics et les conditions): _____

Énumérez les autres dispositifs médicaux (tels que les stimulateurs cardiaques, les ports IV ou de dialyse, etc.) _____

Médicaments Inclure le nom de marque et le nom générique, le cas échéant, inclure oxygène et autres traitements ou soins des plaies	Dosage Dosage Énumérez la quantité de chaque dose (par exemple, # mg)	Fréquence/Heure Combien de fois par jour le médicament est-il pris et à quelle heure	Diagnostic ou raison de la prise de ce médicament	Notes Indiquez si ce médicament doit être pris avec de la nourriture, l'estomac vide ou d'autres instructions spéciales

Le dossier médical continue au verso



Mon carnet de santé

Tenez ce dossier à jour chaque fois qu'il y ait un changement dans les informations de votre médecin ou des changements de médicaments, de posologie ou de fréquence vous ont été prescrits. Conservez une copie dans votre trousse d'urgence. Apportez toujours votre liste de médicaments aux visites chez le médecin et à l'hôpital. Cochez la case ci-dessous et remplissez l'autre côté si vous prenez plus de trois médicaments.

Médicaments Inclure le nom de marque et le nom générique, le cas échéant, inclure oxygène et autres traitements ou soins des plaies	Dosage Dosage Énumérez la quantité de chaque dose (par exemple, # mg)	Fréquence/Heure Combien de fois par jour le médicament est-il pris et à quelle heure	Diagnostic ou raison de la prise de ce médicament	Notes Indiquez si ce médicament doit être pris avec de la nourriture, l'estomac vide ou d'autres instructions spéciales