SUIVI DES MÉDICAMENTS

Personne : _____

Semaine du : _____

Médecin prescripteur (tél.) : _____

Pharmacie (tél.) : _____

Moment	Médicament, dose, conditions	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Matin								
Midi								
Soir								
Coucher								
Matin								
Midi								
Soir								
Coucher								
Matin								
Midi								
Soir								
Coucher								
Matin								
Midi								
Soir								
Coucher								

Coche = prise effectuée · Rond = oubli ou refus · Barrez les moments sans prise. Remarques et effets indésirables : au dos de la feuille.