

Fiche médicament

Nom :

Prénom :

Age :

Indépendant dans la prise du médicament : Oui – Non

Nom du médicament :

.....

A prendre :

Matin : Oui – Non

Nombre de comprimés/gouttes/etc. :

Midi : Oui – Non

Nombre de comprimés/gouttes/etc. :

Soir : Oui – Non

Nombre de comprimés/gouttes/etc. :

Autre :

.....

Nom du médicament :

.....

A prendre :

Matin : Oui – Non

Nombre de comprimés/gouttes/etc. :

Midi : Oui – Non

Nombre de comprimés/gouttes/etc. :

Soir : Oui – Non

Nombre de comprimés/gouttes/etc. :

Autre :

.....

Nom du médicament :

.....

A prendre :

Matin : Oui – Non

Nombre de comprimés/gouttes/etc. :

Midi : Oui – Non

Nombre de comprimés/gouttes/etc. :

Soir : Oui – Non

Nombre de comprimés/gouttes/etc. :

Autre :

.....

