

Liste des médicaments

Remplissez-la à partir des flacons, pas de mémoire. Refaites une copie le jour où quelque chose change.

Pour _____ Dernière modification _____

Allergies et réactions _____ Téléphone de la pharmacie _____

Médicament (nom sur le flacon)	Dose	Horaires	À quoi il sert	Prescrit par	Pharmacie	À renouveler le

Compléments et médicaments sans ordonnance (ils ont aussi leur place ici)

Médicament (nom sur le flacon)	Dose	Horaires	À quoi il sert	Prescrit par	Pharmacie	À renouveler le

Apportez une copie à chaque rendez-vous et laissez-en une à chaque prescripteur, dentiste et ophtalmologue compris.

Fiche de soins quotidienne

Une page par jour, pour le relais entre la personne présente aujourd'hui et celle de demain.

Date _____ Aidant(s) du jour _____

Médicaments donnés	Donné	Initiales	Notes (refus, retard, effets secondaires)
Matin	☐		
Midi	☐		
Soir	☐		
Coucher	☐		

Repas

Petit-déjeuner _____

Déjeuner _____

Dîner _____

Collations _____

Boissons (verres)

Humeur et vigilance

Mobilité, douleur, chutes

Visites et rendez-vous du jour

Notes pour la personne suivante
