



# SCHÉMA DE MÉDICATION

Patient: .....

Date: .....

Mon pharmacien: ..... Tél: ..... Mon médecin: ..... Tél: .....

## MÉDICAMENTS À PRENDRE TOUS LES JOURS

Médicaments	Petit déjeuner			Entre	Dîner			Entre	Souper			Coucher	Remarques*
	Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		

## MÉDICAMENTS À PRENDRE À UNE AUTRE FRÉQUENCE (HEBDOMADAIRE, MENSUELLE, ...) OU À USAGE EXTERNE

Médicaments	Posologie	Remarques*

## MÉDICAMENTS À PRENDRE TEMPORAIREMENT

Médicaments	Début	Fin	Petit déjeuner			Entre	Dîner			Entre	Souper			Coucher	Remarques*
			Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		

\*Que mentionner dans la rubrique 'Remarques' ?

- Indication éventuelle du médicament
- Médicaments à prendre 'à la demande' (p. ex. en cas de douleur)
- Moments de prise spécifiques (p.ex. une demi-heure Voor le repas)
- Modalités de prise (p.ex. prendre avec un grand verre d'eau, laisser fondre en bouche, prendre en position debout ou assise, ...)
- Conditions de conservation particulières