

LISTE DE MÉDICAMENTS

Nom du patient : _____ Nom du médecin : _____

MÉDICAMENTS PRESCRITS :

NOM(S) DES MÉDICAMENTS	BUT	DESCRIPTION	POSOLOGIE	FRÉQUENCE
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				

MÉDICAMENTS NON PRESCRITS :
