

Vos médicaments, parlons-en !



Kliniek SINT-JAN
Clinique SAINT-JEAN

Vous prenez des médicaments ou des compléments alimentaires ? Nous avons besoin de le savoir pour pouvoir vous soigner de la meilleure manière possible.

ETIQUETTE PATIENT

Remplissez ce document et **remettez-le au médecin qui s'occupe de vous.**
Si besoin, faites-vous aider.

Date :/...../20.....

Qui remplit ce document ? Moi-même Accompagnant



Médecin traitant



Pharmacien



Personne
de contact



Nom
Prénom

Tél :/.....



Avez-vous des allergies ou intolérances à certains médicaments ? OUI-NON

Avec quel(s) médicament(s) ?
.....



NEW !

Le mois dernier, avez-vous eu des changements/des arrêts dans votre traitement ?
OUI – NON

Avec quel(s) médicament(s) :
.....



Le mois dernier, avez-vous pris des antibiotiques ? OUI - NON

Nom des antibiotique(s) :
.....



