

## Liste de vos médicaments

Nom et prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Liste complétée le : ..... / ..... / .....

Avez-vous des allergies ou intolérances médicamenteuses ?

.....

Prenez-vous des vitamines, des compléments alimentaires ou des plantes ?

.....

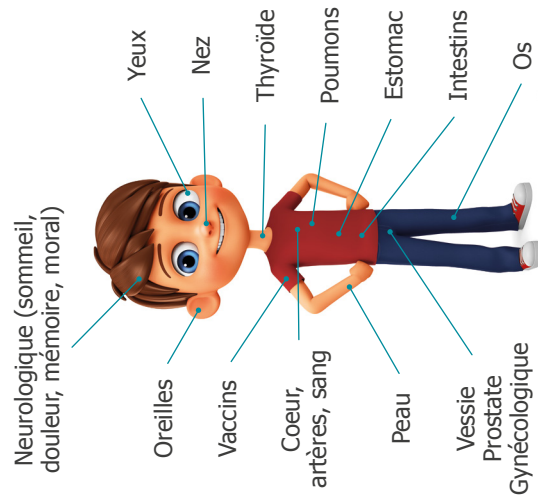
Avez-vous des difficultés pour prendre vos médicaments ?  
(Difficultés pour les avaler, oublier, difficultés pour les manipuler, ...)

Ex : vous devez les couper ou les écraser.

.....

Avez-vous pris récemment un ou plusieurs médicaments  
(ex : antibiotique) que vous ne devez plus prendre maintenant ?

.....



Centre Hospitalier de Wallonie picarde - CHwapi  
Association Sans But Lucratif

### Site IMC

80, chaussée de Saint-Amand - 7500 Tournai

### Site NOTRE-DAME

9, avenue Delmée - 7500 Tournai

### Site UNION

51, rue des Sports - 7500 Tournai

### Centre de Consultations de PÉRUWELZ

11, rue de Sondeville - 7600 Péruwelz



Numéro d'appel général unique  
pour tous les sites : 069/333 111

www.chwapi.be |

## BON USAGE DE VOS MÉDICAMENTS

Service de **Pharmacie**



