SWEDISH

Ma liste de médicaments /

My Medication Record-French

Liste de médicaments appartenant à / *Medication Record for*: _____

Pharmacie/*Pharmacy:* _____ Téléphone/*Telephone*: _____

Personne à contacter en cas d'urgence/*Emergency Contact Name*: _____ Téléphone/*Telephone*: _____

Conseils pour bien prendre vos médicaments / *Medication Safety Tips*

1. Créez une liste de médicaments pour chaque membre de votre famille et ayez la liste avec vous tout les temps. / *Create a Medication Record for every family member. Keep the records with you at all times.*
2. Mettre à jour la liste de médicaments régulièrement –surtout quand vous commencez ou arrêtez de prendre un médicament. Lorsque vous arrêtes de prendre un médicament tracez une ligne à travers et entrez la date à laquelle vous avez arrêté de le prendre. / *Update your Medication Record regularly — especially when you start or stop a medication. When you stop taking a medication, draw a line through it and enter the date you stopped.*
3. Montrez cette liste à tous les médecins dans les cliniques, hôpitaux ou salles d'urgences qui vous traitent. / *Share your Medication Record with every doctor you see in a clinic, hospital or emergency room.*
4. Posez ces questions lorsque votre médecin vous prescrit un nouveau médicament : Quel est-il ? Pourquoi et pendant combien de temps dois-je prendre ce médicament ? Quels sont les effets indésirables ? / *When your doctor prescribes a new medicine, ask him/her what it is, why and for how long you are to take it, and if there may be side effects.*
5. Demandez à votre pharmacien s'il peut y avoir des interactions avec d'autres médicaments que vous prenez. / Ask your pharmacist if there may be interactions with other medicines you take.
6. Ne prenez jamais les médicaments d'une autre personne et ne donnez pas vos médicaments à quelqu'un d'autre. / *Don't take anyone else's medicine and don't share yours with anyone else.*
7. Ne prenez pas les médicaments qui ont expiré. / *Don't take any medications that have expired.*

Les prescriptions et les médicaments délivrés sans ordonnance, les vitamines et les suppléments / *Prescription and Over-the-Counter Medications, Supplements and Vitamins*

(Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez le verso de cette feuille) / (Use the back of this form to list additional medications)

NOM DU MÉDICAMENT ET DATE À LAQUELLE J'AI COMMENCÉ À PRENDRE LE MÉDICAMENT	DOSE (mg/mg)	QUAND ET COMBIEN DE FOIS JE PREND CETTE MÉDICAMENT?	POURQUOI JE LE PRENDRE?
NAME OF DRUG AND DATE STARTED	DOSE (mg/ml)	HOW OFTEN/WHEN DO YOU TAKE?	WHY DO YOU TAKE IT?

NOM DU MÉDICAMENT ET DATE À LAQUELLE J'AI COMMENCÉ À PRENDRE LE MÉDICAMENT	DOSE (mg/mg)	QUAND ET COMBIEN DE FOIS JE PREND CETTE MÉDICAMENT?	POURQUOI JE LE PRENDRE?
NAME OF DRUG AND DATE STARTED	DOSE (mg/ml)	HOW OFTEN/WHEN DO YOU TAKE?	WHY DO YOU TAKE IT?

Allergies connus aux médicaments / Known Drug Allergies

NOM DU MÉDICAMENT	QUELLE EST VOTRE RÉACTION À CE MÉDICAMENT?
NAME OF DRUG	WHAT REACTION DO YOU HAVE WHEN YOU TAKE THIS DRUG?