

Mon plan de médication

Demandez à votre médecin ou à la pharmacie d'élaborer votre plan de médication actuel et complet ou élaborer vous-même une liste de tous vos médicaments et remèdes :

- ✓ tous les comprimés, gouttes, pommades, sprays, pansements, poudres
- ✓ tous les médicaments prescrits
- ✓ tous les médicaments achetés sans ordonnance
- ✓ toutes les vitamines et tous les compléments alimentaires
- ✓ toutes les préparations végétales/homéopathiques ou les remèdes de médecine chinoise



Sécurité de la médication
Vérification systématique!


sécurité des patients suisse
www.securitedespatients.ch

CE PLAN DE MÉDICATION APPARTIENT À :

Nom, prénom : _____
Rue, numéro : _____
NPA, localité : _____
Date de naissance : _____
Téléphone : _____
E-mail : _____
A contacter en cas d'urgence : _____

Allergies/intolérances :

Si des problèmes ou des affections surviennent pendant un traitement médicamenteux, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien-ne.

VOUS POUVEZ CONTRIBUER VOUS-MÊME À VOTRE SÉCURITÉ :

- Gardez constamment sur vous votre plan de médication mis à jour.
- Emportez-le toujours avec vous lorsque vous vous rendez chez le médecin, à la pharmacie ou à l'hôpital.
- Il est aussi recommandé, lors d'une admission à l'hôpital, d'avoir avec vous vos médicaments et remèdes actuels dans leur emballage original.
- Dès que votre médication est modifiée :
 - >> faites-vous expliquer tout changement de médicament par votre médecin ou votre pharmacie ;
 - >> demandez un plan de médication actualisé ou mettez-le vous-même à jour.
- Ne conservez que le plan de médication actuel.

VOICI COMMENT ÉTABLIR VOTRE PLAN DE MÉDICATION

Vous pouvez utiliser le modèle du verso. Voici comment vous pouvez compléter votre plan de médication :

| QUOI ? | POURQUOI ? | QUAND ? | | | | À QUELLE FRÉQUENCE ? | COMMENT ? | ET SINON ? |
|-----------------------------------------|----------------------------------|----------|--------|---------|------------------|------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Médicament Nom avec dosage et forme | Raison de la prise du médicament | le matin | à midi | le soir | avant le coucher | Indications relatives à la fréquence | Remarques concernant l'utilisation | Remarques p. ex. durée du traitement; conservation; prescrit par |
| Médicaments que je prends régulièrement | | | | | | | | |
| Anticoagulant! 100 mg, comprimés | Fluidification du sang | 1 | 0 | 0 | 0 | | Après le repas | Prescrit depuis le 15.5.2015 par mon médecin de famille |
| NoPain! 0,5 g/ml, gouttes | Douleurs | 30 | 30 | 0 | 30 | Toutes les 8 heures 7 h / 15 h / 23 h | | Conserver au réfrigérateur |
| SolidOs! 70/5600 mg, comprimés | Ostéoporose | * | 0 | 0 | 0 | *1 comprimé le lundi matin | 30 minutes avant le petit-déjeuner | Rester en position debout au moins 30 minutes |

Sur www.securitedespatients.ch, vous trouverez un modèle du plan de médication à imprimer ainsi que des informations détaillées à propos de la sécurité de la médication.

Indication!: noms fictifs de médicaments

Mon plan de médication

NOM :

DATE :

| QUOI ? | POURQUOI ? | QUAND ? | | | | À QUELLE FRÉQUENCE ? | COMMENT ? | ET SINON ? |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|--------|---------|---------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Médicament Nom avec dosage et forme | Raison de la prise du médicament | le matin | à midi | le soir | avant le coucher | Indications relatives à la fréquence | Remarques concernant l'utilisation | Remarques p. ex. durée du traitement ; conservation ; prescrit par |
| Médicaments que je prends régulièrement | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Médicaments que je ne prends qu'au besoin (réserve) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |