

## Comment utiliser My Medicine List:

“My Medicine List” vous aidera à contrôler tout ce que vous prenez pour être en bonne santé—vos pilules, vitamines et herbes. Avoir tous vos médicaments dans un même endroit aide aussi à votre médecin, pharmacien, hôpital ou des autres employés de santé à prendre meilleur soin de vous.

Commencez à utiliser “My Medicine List” aujourd’hui!

1. Avec votre professionnel de services médicaux, remplissez ce formulaire.
2. Pour remplir ce formulaire, vous aurez besoin d’une liste de tous vos médicaments ou tout ce que vous prenez en face de vous. Incluez tout médicament que vous prenez des pharmacies où vous allez, en plus de tout médicament, vitamine, herbe, ou minéral sans prescription que vous prenez.
3. Puis, pensez à ce que vous prenez le matin, l’après-midi, environ l’heure de dîner et avant d’aller se coucher.
4. Pour tout médicament (en incluant ceux que vous avez sans prescription), les vitamines ou herbes que vous prenez, écrivez:
  - Le nom de ce que vous prenez (tels que Tylenol, Acétaminophen 500 mg)
  - Combien prenez-vous de ceci (1 pilule, 3 gouttes, 2 poofs)
  - A quoi ça semble (rond, blanc et rouge, liquide claire)
  - Comment prenez-vous ça (oral, avec de aliments, avec par injection)
  - Vous avez commencé à prendre ça: (le 15 Sept., 2007)
  - Vous arrêterez de prendre ça: (le 30 Sept., 2007)
  - Pourquoi prenez-vous ça (pour mon arthrite, pour mon coeur, pour baisser mon cholestérol)
  - Qui m’a conseillé d’utiliser ça (mon interniste, mon rhumatologue)

Voici un exemple:

Nom du médicament (marque, nom générique, dose)	Ça semble à	Combien?	Comment je prends ça	J’ai commencé à prendre ça
Zocor, Simvastatin, 40mg	pilule jaune	1 pilule	avec de l’eau	juin 2001

5. Gardez cette carte toujours avec vous. Pliez-la et gardez-la dans votre sac ou en cas d’urgence.
6. Lorsque vous arrêtez ou commencez à prendre un nouveau médicament, assurez-vous d’actualiser “My Medicine List”.
7. Lorsque vous: allez chez le médecin, votre pharmacien, prenez un examen, ou allez à l’hôpital ou à la salle d’urgence, prenez ce formulaire avec vous.
8. Si vous avez des questions à propos de vos médicaments, appelez votre médecin ou pharmacien.



My Medicine List a été développée par American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) et ASHP Research and Education Foundation à travers une présentation de sanofi-aventis, US, LLC. 10/2007



## My Medicine List

Cette liste de médicaments est pour:

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Si vous avez besoin de m’appeler, utilisez:

ce numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

cet e-mail: \_\_\_\_\_

Contact d’urgence: \_\_\_\_\_

La meilleure façon de contacter mon contact d’urgence est:

Phone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Je suis allergique à: \_\_\_\_\_

J’ai aussi des autres problèmes avec les médicaments: \_\_\_\_\_

### Mantenir My Medicine List actualisée:

C’est très importante de maintenir cette information actualisée. Utilisez le cadre ci-dessous pour réviser et actualiser votre “My Medicine List”.

Vous pouvez faire cela avec votre médecin, pharmacien, infirmier, ou un autre professionnel de services médicaux.

Révisé par:	Révisé en:	Actualisé en:	Actualisé par:



Questions pour mon médecin ou pharmacien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Utilisez la guide au verso pour remplir  
My Medicine List

ASHP Foundation  
AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS



**Quand je me lève, je prends:**

Nom du médicament (marque nom generique dose)	Ça semble à	Combien?	Comment je prends ça	J'ai comencé à prendre ça:	J'arrête de prendre ça:	Pourquoi je prends ça	Qui a dit à llse de prendre ça

**Dans l'après-midi, je prends:**


**Dans la soirée je prends:**


**Avant d'aller me coucher, je prends:**


**Des autres médicaments que je ne prends pas à tous les jours:**
