

Bilan médication

N° dossier : _____

Date: _____ / _____ / _____

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ / _____ / _____ Âge : _____ Sexe: M F

Important

N'oubliez pas d'apporter la liste complète (mise à jour récente) de tous les médicaments que vous prenez.

→ À remplir le matin de votre test

Veillez inscrire les médicaments que vous prenez habituellement et qui influencent l'état d'éveil pendant la journée.

Exemples :

- Psychostimulants (Alertec, Ritalin)
- Narcotiques (douleurs)
- Anti-dépresseurs (dépression)
- Anxiolitiques (anxiété)
- Antihistaminiques (Bénadryl, Atarax)
- Antihypertenseur (Catapress, β -Bloqueur)
- Autres (Neurontin, etc)

Nom du médicament	Date de la dernière prise
Médicament 1	
Médicament 2	
Médicament 3	
Médicament 4	
Médicament 5	
Médicament 6	
Médicament 7	
Médicament 8	
Médicament 9	
Médicament 10	
Médicament 11	
Médicament 12	
Médicament 13	
Médicament 14	
Médicament 15	
Médicament 16	
Médicament 17	
Médicament 18	
Médicament 19	
Médicament 20	

Veillez SVP utiliser une autre feuille si vous manquez de place