

Suivi de Traitement

À remplir quotidiennement

Notez quotidiennement vos prises de médicaments et tout effet secondaire.

Semaine 1

Jour	Médicament	Dose	Pris ?	Effets secondaires
Lun	_____	___	■	_____
Mar	_____	___	■	_____
Mer	_____	___	■	_____
Jeu	_____	___	■	_____
Ven	_____	___	■	_____
Sam	_____	___	■	_____
Dim	_____	___	■	_____

Semaine 2

Jour	Médicament	Dose	Pris ?	Effets secondaires
Lun	_____	___	■	_____
Mar	_____	___	■	_____
Mer	_____	___	■	_____
Jeu	_____	___	■	_____
Ven	_____	___	■	_____
Sam	_____	___	■	_____
Dim	_____	___	■	_____

Semaine 3

Jour	Médicament	Dose	Pris ?	Effets secondaires
Lun	_____	___	■	_____
Mar	_____	___	■	_____
Mer	_____	___	■	_____
Jeu	_____	___	■	_____
Ven	_____	___	■	_____
Sam	_____	___	■	_____
Dim	_____	___	■	_____

Semaine 4

Jour	Médicament	Dose	Pris ?	Effets secondaires
Lun	_____	___	■	_____
Mar	_____	___	■	_____

Mer	_____	___	■	_____
Jeu	_____	___	■	_____
Ven	_____	___	■	_____
Sam	_____	___	■	_____
Dim	_____	___	■	_____

Cabinet MA Neuro — Les informations contenues dans ce document sont données à titre informatif et ne remplacent pas une consultation médicale.