

Nom :

Prénom :

Date :

Mon traitement Nom et dosage de mes médicaments	Mes prises				Je le prends quand par rapport au repas ?	Dans certaines situations : je prends des précautions	Effet indésirable (noter un effet secondaire principal)	Une question que je me pose ou Une difficulté que j'ai rencontrée
	Matin	Midi	Dîner	Coucher				
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								