VUL DIT THUISMEDICATIE FORMULIER IN!

Vraag zo nodig hulp aan je huisapotheker, huisarts of begeleider.

NAAM: .....

VOORNAAM: .....

GEBOORTEDATUM: .....

DATUM: .....

NAMEN EN TELEFOONNUMMERS

○ Huisapotheker: ..... Tel.: .....

○ Wie houdt zich thuis bezig met de medicatie?
○ ikzelf ○ andere: ..... Tel.: .....

INDIEN JE REEDS EEN MEDICATIESCHEMA HEBT, GELIEVE EEN KOPIE ERVAN BIJ DIT DOCUMENT TE VOEGEN. ZO NIET, GA VERDER!

VOLLEDIGE LIJST VAN MIJN HUIDIGE BEHANDELING ○ GEEN MEDICATIE

Naam geneesmiddel	Dosis (Bv.: aantal mg, ml, µg, ...)	Vorm (Bv.: tablet, ampul, suppo, pleister, puffer, ...)	Ochtend		Middag	Avond	Voor slapen	Opmerkingen (Bv.: enkel zo nodig, enkel op ma en di, maandelijks, nuchter, ...)
			Nuchter	Ontbijt				
VOORBEELD: Dafalgan	**500mg**	**Tablet**		**1**	**1**	**1**		

DENK OOK AAN ONDERSTAANDE MEDICATIE !

Antibiotica (Ook indien je die 2 weken geleden gebruikte!)	Medicatie die je 1x/w, 1x/m, 1x/j of zo nodig gebruikt
Bloedverdunners	Pijnstillers
Insuline	Hormonen
Voedingssupplementen / vitaminen	Homeopatische middelen
Geneesmiddelen die je in de frigo bewaart	Tabletten en/of capsules
Neusspray	Spuiten
Inhalator, puffer of aerosol	Pleisters
Crème, gel of zalf	Oplossing of siroop
Suppo/zetpil (rectale weg) of ovule (vaginale weg)	Druppels
Bereiding (gemaakt door de huisapotheker)	Een staal verkregen door de huisarts

BEN JE ALLERGISCH AAN MEDICATIE/CONTRASTSTOFFEN/VOEDING/KLEURSTOFFEN/... ?

○ JA ○ NEE

Beschrijf de reactie:

- .....
- .....

- .....
- .....

STOP DIT FORMULIER SAMEN MET JE MEDICATIE IN ZIJN OORSPRONKELIJKE VERPAKKING IN BIJGEVOEGDE ZAK EN BRENG DEZE MEE NAAR HET ZIEKENHUIS!