

Plan de prise des médicaments : Ceci n'est pas une ordonnance

NOM : _____

Prénom : _____

Date : _____

_____ / _____ / 20

* pharmacie de l'hôpital

Vos médicaments, G : Générique ? , nom	Conseils et précautions à prendre
	Chimiothérapie
	Pour l'estomac
	Pour la douleur
	Pour la fièvre

