

I take the following non-prescription medications:

- Cough or cold medicine
- Aspirin or other pain medicine
- Allergy relief medicine
- Antacids
- Sleeping pills
- Laxatives
- Other

List:

Medication name and dose	How often I take it

I take the following vitamins, herbals and supplements:

- Vitamins _____

- Herbal supplements _____

- Other supplements _____

I have had the following vaccinations:

<input type="checkbox"/> Flu shot	Date:
<input type="checkbox"/> Pneumonia	Date:
<input type="checkbox"/> Tetanus	Date:
<input type="checkbox"/> Hepatitis	Date:
<input type="checkbox"/> Other:	Date:
<input type="checkbox"/> Other:	Date:



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

MEDICATION RECORD

Name: _____

Phone: _____

Cell phone: _____

My prescription medications

Name and dose of medication	When it is taken	Date started

What is it taken for	Prescribing Doctor	Renewal date

My pharmacy name and phone number:

In case of emergency, please contact:

Name:

Phone:

Cell phone:

My allergies:

I have the following health conditions:

Je prends les médicaments en vente libre suivants :

- Médicaments contre la toux et contre le rhume
- Analgésiques en vente libre (p. ex. : Tylenol™ or Advil™)
- Médicaments contre les allergies
- Antiacides
- Laxatifs
- Autres

Liste : _____

Je prends les vitamines, les herbes médicinales et les suppléments suivants :

- Vitamines
Liste : _____
- Suppléments à base de plantes médicinales
Liste : _____
- Autres suppléments
Liste : _____

J'ai eu les vaccins suivants:

- Vaccin contre la grippe Date : _____
- Pneumonie Date : _____
- Tétanos Date : _____
- Hépatite Date : _____
- Autre : _____ Date : _____



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

FICHE DES MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS

Nom : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Mes médicaments sur ordonnance

Nom et dose	Moment de la prise	Date de début

Raison de la prise	Médecin prescripteur	Date de renouvellement

Nom de ma pharmacie et numéro de téléphone :

En cas d'urgence, veuillez communiquer avec :

Nom :

Téléphone :

Cellulaire :

Mes allergies :

J'ai les problèmes de santé suivants :
