

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 7. FICHE des MÉDICAMENTS CONTRE INDIQUÉS

EFFETS SECONDAIRES

Nom du médicament	Effet(s) secondaire(s) constaté(s) ou allergie(s)	Date des effets

Informations importantes :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....