Médicament				Moment de prise + quantité				
Nom	Dosage, fréquence Nombre de prises par semaine, date de la dernière administration, durée du traitement,...	Raison de l'administration Si douleur, si difficulté à dormir, si constipation, si diarrhée,...	Voie d'administration Comprimés, pommade, crème, ...	Matin	Midi	Après-midi	Soir	Coucher

Allergie(s) / intolérances(s) éventuelle(s) :
Remarque(s) éventuelle(s) :