Fiche de Soins et Médicaments

Merci de compléter lisiblement le tableau ci-dessous

Médicaments	Matin		Midi		Soir		Nuit	
	Avant Repas	Après Repas	Avant Repas	Après Repas	Avant Repas	Après Repas	h	h
Contraceptif								

Soins spéciaux	Date	Moment

Remarques : _____

_____

_____

_____