SED Gastroparésie N'Cie
ASSOCIATION LOI 1901

297 route de la Seds
13127 Vitrolles
asso.sedgastro@gmail.com
sed-gastro-ncie.org

FICHE À REMPLIR

# Ma fiche : Traitements

Nom/prénom _____ Date _____

Médecin référent _____ Téléphone _____

## Traitements habituels

| Traitements | Dose | Horaire | Voie | Notes |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## Dernière prise / modification

Traitement concerné _____ Dernière prise _____

Modification _____ Date _____

Effet observé / problème _____

## Allergies / intolérances

| | |
|---|---|
| Allergie | |
| Intolérance | |

## Traitements à ne pas oublier en cas de déplacement / hospitalisation

- ☐ Ordonnances récentes
- ☐ Liste complète des traitements
- ☐ Traitements indispensables / horaires importants
- ☐ Matériel ou dispositifs associés
- ☐ Coordonnées du médecin ou service référent

**Important :** ne pas modifier ou arrêter un traitement sans avis de votre professionnel de santé. En cas d'urgence, présentez cette fiche accompagnée de vos ordonnances, si possible. N'hésitez pas à écrire vos questions

Document d'information et d'accompagnement. Ce document ne remplace pas un diagnostic, un traitement ou un avis médical personnalisé.