Belgian Working Group
on Heart Failure

Les médicaments

Nom du patient : ..... **Date : .....**

MEDICAMENT	A jeun	REPAS DU MATIN			Entre les repas	REPAS DU MIDI			Entre les repas	REPAS DU SOIR			Avant le coucher	REMARQUES
		Avant	*Pendant*	*Après*		*Avant*	*Pendant*	*Après*		*Avant*	*Pendant*	*Après*		

Apportez toujours votre liste de médicaments chez votre médecin, infirmière et pharmacien