

---



# Journal des médicaments

---



Un journal guidé de 30 jours



Suivi

Créé avec LoomJournals

---

# Comment utiliser ce journal

---

Bienvenue dans votre journal ! Voici quelques conseils pour en tirer le meilleur parti :

- 1 Réservez quelques minutes chaque jour pour écrire
- 2 Soyez honnête et écrivez librement, sans vous juger
- 3 Essayez d'écrire à la même heure chaque jour pour créer une habitude
- 4 Relisez vos entrées chaque semaine pour repérer des tendances

- 
- Check off each medication dose as you take it
  - Mark if you experienced notable symptoms that day
  - Review weekly for any missed doses



Scannez pour un guide détaillé sur l'utilisation de ce journal

# Journal des médicaments

Date: \_\_\_\_\_

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Nom du médicament	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosage	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Médicaments du matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments de l'après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments du soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effets secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

# Journal des médicaments

Date: \_\_\_\_\_

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Nom du médicament	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosage	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Médicaments du matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments de l'après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments du soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effets secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

# Journal des médicaments

Date: \_\_\_\_\_

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Nom du médicament	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosage	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Médicaments du matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments de l'après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments du soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effets secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

# Journal des médicaments

Date: \_\_\_\_\_

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Nom du médicament	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosage	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Médicaments du matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments de l'après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments du soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effets secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

# Journal des médicaments

Date: \_\_\_\_\_

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Nom du médicament	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosage	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Médicaments du matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments de l'après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments du soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effets secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Notes

---

---

---

---

---

---

---

---