

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Taille : _____ cm

Poids : _____ kg

Êtes-vous enceinte ? Oui Non

Si oui, date de naissance prévue pour l'enfant : _____

Allaitiez-vous ? Oui Non

Souffrez-vous d'une affection chronique suivantes ?

- Asthme/troubles respiratoires
- Affections cardiaque
- Affections gastro-intestinale
- Affections rénales/dialyse
- Affections hépatobiliaires

- Diabète
- Hypertension
- Maladies musculaires
- Troubles du sommeil
- Troubles thyroïdiens

Autres :

Avez-vous des allergies ou des incompatibilités ?

- Aspirine ou dérivés
- Sulfamidés

- Pénicilline
- Autres : (détail sur la ligne ci-dessous)

Possédez-vous une carte d'allergies? Oui Non

Prenez-vous actuellement d'autres médicaments que ceux prescrits, même en automédication et si oui lesquels ?

Savez-vous de quelle manière prendre/utiliser vos médicaments ? Oui Non

Si non, désirez vous que l'on vous contacte afin de vous conseiller à ce sujet ? Oui Non

A nous retourner via ;
L'App ECOPHARMA
avec votre 1^{ère} ordonnance :



Par courrier :

Pharmacile c/o Pharmacie Centrale
47-49, Av. Léopold-Robert
Case Postale
CH-2301 La Chaux-de-Fonds

Par fax :

0800.914.914
(fax gratuit)