

## It's Safe to Ask\* About Your Medications Vous avez le droit de poser des questions\* au sujet de vos médicaments

Share your medication list with your health care provider. Carry this card with you at all times!  
Partagez votre liste de médicaments avec votre professionnel de la santé. Gardez la présente carte sur vous en tout temps!

Name/Nom

---

Address/Adresse

---

Birth Date (dd/mm/yyyy)/Date de naissance (jj/mm/aaaa)

---

Pronoun:/Pronom

He/Il  She/Elle  Them  Other/Autre

Manitoba Health Registration #/  
N° d'immatriculation

---

Personal Health ID #/N° d'identification personnel  
(9 numbers/chiffres)

Medical Plan #/N° de régime d'assurance-maladie  
(e.g. Blue Cross/Croix Bleue)

---

Primary Care Provider/ Fournisseur de  
soins primaires

---

Phone/N° de téléphone

---

Emergency Contact/Personne à joindre en cas  
d'urgence

---

Phone/N° de téléphone

---

Second Emergency Contact/Deuxième personne à  
joindre

---

Phone/N° de téléphone

---

Pharmacy Name/Nom de la pharmacie

---

Pharmacy phone number/N° de téléphone  
(pharmacie)

---

Medical History (illnesses, surgeries)/Antécédents  
médicaux (maladies, opérations)

- diabetes/diabète
  - high blood pressure/hypertension
  - heart disease/maladie du cœur
  - breathing problems/problèmes respiratoires
  - other medical problems (list below)/  
autres problèmes médicaux (veuillez préciser)
- 
- 
- 
- 

Allergies or bad reactions to medications  
Allergies ou réactions indésirables aux médicaments

---



---

List your medications on other side/Inscrivez vos  
médicaments au verso

If you have questions call your pharmacist. / Si vous avez des questions, téléphonez à votre pharmacien.

Download/view resources at [www.sharedhealth.ca/quality](http://www.sharedhealth.ca/quality)  
Téléchargez et consultez des ressources à [soinscommunsmb.ca/propos/qualite-securite-apprentissage/](http://soinscommunsmb.ca/propos/qualite-securite-apprentissage/)

List all medicines that you take.  
Include herbal medicine and vitamins.

Indiquez tous les médicaments que vous prenez,  
y compris les plantes médicinales et les vitamines.

Ask if any medications can be stopped or reduced.  
Update your list. Cross out old medications. Add new ones!

Demandez si vous pouvez cesser de prendre des médicaments ou réduire leur posologie.  
Mettez votre liste à jour. Rayez les médicaments périmés. Ajoutez les nouveaux médicaments!

Keep a copy in E.R.I.K.  
Conservez une copie dans la T.I.S.U.

Medication name <i>Nom du médicament</i>	Strength <i>Dosage</i>	How much <i>Quantité</i>	How often and when <i>Fréquence et moment</i>	Date/Date		Reason for taking <i>Motif de l'administration</i>	Who prescribed <i>Prescripteur</i>
				Start/Début	Stop/Fin		
Example: My drug Exemple : mon médicament	20 mg/tablet comprimé de 20 mg	1 tablet 1 comprimé	2 times a day at breakfast & dinner 2 fois par jour au déjeuner et au souper	March 1, 2016 1 <sup>er</sup> mars 2016		blood pressure hypertension	Dr. Doe D <sup>r</sup> Tremblay