

# It's Safe to Ask About Your Medications

## *Vous pouvez poser des questions au sujet de vos médicaments*

Share your medication list with your doctor, nurse and pharmacist. Carry this card with you at all times!  
*Communiquez votre liste de médicaments à votre médecin, votre infirmière et votre pharmacien. Ayez cette carte avec vous en tout temps!*

**Name/Nom :**

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Manitoba Health Registration #/N°  
d'immatriculation Santé Manitoba :**

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Personal Health ID #/N° d'identification personnelle  
(9 numbers/chiffres) :**

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Medical Plan #/Autre nom et N° d'assurance santé  
(e.g. Blue Cross) :**
**Family Doctor's Name/Nom du médecin de famille :**

 \_\_\_\_\_  
**Phone/N° de téléphone :**

 \_\_\_\_\_  
**Emergency Contact/Nom contact en cas d'urgence :**

 \_\_\_\_\_  
**Phone/N° de téléphone :**

 \_\_\_\_\_  
**Pharmacy Name/Nom de pharmacie:**

 \_\_\_\_\_  
**Completed Health Care Directive/une directive en  
matière de soins de santé?  Yes/Oui  No/Non**
**Medical History/Antécédents médicaux :**

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

 \_\_\_\_\_  
**My allergies or bad reactions to medications:  
Allergies ou réactions indésirables aux médicaments :**
**LIST ALL MEDICATIONS THAT YOU TAKE. INCLUDE HERBAL MEDICINE AND VITAMINS.**
**INDIQUEZ TOUS LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ, Y COMPRIS LES PLANTES MÉDICINALES ET LES VITAMINES.**
**Update your list by crossing out old medications and adding new ones! Mettez votre liste à jour en rayant les vieux médicaments et en ajoutant les nouveaux!**

Medication name <i>Nom du médicament</i>	Strength <i>Puissance</i>	How much <i>Quantité</i>	How often <i>Fréquence</i>	Date/Date		Reason for taking <i>Motif de l'administration</i>	Who prescribed <i>Qui a prescrit</i>
				Started/Début	Stopped/Fin		
Example: My drug Exemple : mon médicament	20 mg 20 mg	1 tablet 1 comprimé	2 times a day 2 fois par jour	May 1, 2008 1 <sup>er</sup> mai 2008		blood pressure haute pression	Dr. Doe Dr Tremblay

 If you have questions call you pharmacist, or the Medication Information Line for Everyone at **1-800-432-1960** (toll free) and ask for M.I.L.E. or ext **6493**.

 Si vous avez des questions, téléphonez à votre pharmacien ou utilisez la Ligne d'information publique sur les médicaments (M.I.L.E.) en composant le **1-800-432-1960 ext 6493**.