

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 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*

Address/*Adresse*

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

Sex/*Sexe*

___M ___F

Manitoba Health Registration #/
N° d'immatriculation de Santé Manitoba

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

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

Family Doctor's Name/*Nom du médecin de famille*

Phone/*N° de téléphone*

Emergency Contact/*Contact en cas d'urgence*

Phone/*N° de téléphone*

Second Emergency Contact/*2^e contact en cas d'urgence*

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)

My 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 or order resources at www.safetoask.caTéléchargez ou commandez des ressources sur le site www.safetoask.ca

MANITOBA INSTITUTE
FOR PATIENT SAFETY
INSTITUT POUR LA SÉCURITÉ
DES PATIENTS DU MANITOBA

E.R.I.K.®
T.I.S.U.®

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.

Update your list. Cross out old medications. Add new ones! Keep a copy in E.R.I.K.

Mettez votre liste à jour. Rayez les médicaments périmés. Ajoutez les nouveaux médicaments! Conservez une copie dans la T.I.S.U.

Medication name Nom du médicament	Strength Puissance	How much Quantité	How often and when Fréquence et moment	Date/Date		Reason for taking Motif de l'administration	Who prescribed Prescripteur
				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 ^{er} mars 2016		blood pressure hypertension	Dr. Doe D ^r Tremblay