

NOM et Prénom Date de naissance

NOM DU
MEDICAMENT ET
REFERENCE OU
SYMBOLE



MATIN / IN THE MORNING

MIDI / AT NOON

SOIR / IN THE EVENING

PASS / PASS Mobile
05 55 29 86 23 ou 24

CETIRIZINE ◇	/	/	1	1	2	3	4	5	6	7
				8	9	10	11	12	13	14
				15	16	17	18	19	20	21
				22	23	24	25	26	27	28
				29	30	31				

DIPROSONE ∞	1	/	1	1	2	3	4	5	6	7
				8	9	10	11	12	13	14
				15	16	17	18	19	20	21
				22	23	24	25	26	27	28
				29	30	31				

DIPROSONE ∞	/	/	1	1	2	3	4	5	6	7
				8	9	10	11	12	13	14
				15	16	17	18	19	20	21
				22	23	24	25	26	27	28
				29	30	31				

EXEMPLE AVANT LE REPAS ou VERRE D'EAU	1		 GLASS OF WATER	1	2	3	4	5	6	7
				8	9	10	11	12	13	14
				15	16	17	18	19	20	21
				22	23	24	25	26	27	28
				29	30	31				