

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.®

