

# DO YOU HAVE THIS?



## 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!

EMERGENCY RESPONSE INFORMATION/INFORMATION POUR LES SITUATIONS D'URGENCE

<b>Name/Nom :</b> _____ <b>Manitoba Health Registration #/N° d'immatriculation Santé Manitoba :</b> _____ <b>Personal Health ID #/N° d'identification personnelle (9 numbers/chiffres) :</b> _____ <b>Medical Plan #/Autre nom et N° d'assurance santé (e.g. Blue Cross) :</b> _____	<b>Family Doctor's Name/Nom du médecin de famille :</b> _____ <b>Phone/N° de téléphone :</b> _____ <b>Emergency Contact/Nom contact en cas d'urgence :</b> _____ <b>Phone/N° de téléphone :</b> _____ <b>Pharmacy Name/Nom de pharmacie:</b> _____ <b>Completed Health Care Directive/une directive en matière de soins de santé? <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non</b>	<b>Medical History/Antécédents médicaux :</b> <input type="checkbox"/> diabetes/diabète <input type="checkbox"/> high blood pressure/haute pression <input type="checkbox"/> heart disease/maladie de cœur <input type="checkbox"/> breathing problems/problèmes respiratoires <input type="checkbox"/> other medical problems (list below)/ autres problèmes médicaux (veuillez préciser) _____ <b>My allergies or bad reactions to medications: Allergies ou réactions indésirables aux médicaments :</b> _____ _____
---	--	--

**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 Nom du médicament	Strength Puissance	How much Quantité	How often Fréquence	Date/Date		Reason for taking Motif de l'administration	Who prescribed Qui a prescrit
				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.

## Keep a list of your medications. Know and Show!

For a copy of this medication card, go to  
[www.safetoask.ca](http://www.safetoask.ca)



A message from the  
**MANITOBA INSTITUTE  
FOR PATIENT SAFETY**