|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** (les 3 premières lettres seulement) :  **Prénom :**  **Date : / /2022** | **Pour traiter votre MCS, prenez-vous l’un ou plusieurs des médicaments suivants ?** | **Si oui, le(s)quel(s) et à quelle dose ?** | **Si oui, est-ce que leur efficacité est totale ?** | **Si oui, est-ce que leur efficacité est partielle ?** |
| Antihistaminique (exemple : Aerius = desloratadine/Cetirizine, Bilastine…) | **OUI - NON** |  | **OUI - NON** | **OUI - NON** |
| Antiépileptique :(exemple : Keppra) | **OUI - NON** |  | **OUI - NON** | **OUI - NON** |
| Antidépresseur : (exemple : Cymbalta) | **OUI - NON** |  | **OUI - NON** | **OUI - NON** |
| Antalgique : (exemple : médicament contenant de la Codéine) | **OUI - NON** |  | **OUI - NON** | **OUI - NON** |
| Oxygène | **OUI - NON** |  | **OUI - NON** | **OUI - NON** |
| Médicament à visée digestive | **OUI - NON** |  | **OUI - NON** | **OUI - NON** |
| Autres : lesquels ? : | **OUI - NON** |  | **OUI - NON** | **OUI - NON** |
| Autres *remarques :* |  |  |  |  |