

## Données indispensables au suivi de votre diminution de dose de benzodiazépine

### Renseignement sur le traitement

Nom de la benzodiazépine : .....

Posologie initiale : .....

*Pour plus d'informations sur le médicament qui vous a été prescrit, vous pouvez de vous reporter à la notice contenue dans sa boîte.*

Date de début de la période d'arrêt du médicament :

Durée prévisible de la période d'arrêt du médicament :

|   |
|---|
| Votre objectif de la semaine est de : ..... |
| Il peut varier de : ..... à : .....         |

### CALENDRIER D ARRÊT

| Date     | Consultation médicale | Dose à prendre | Dose réellement prise | Remarques/observations* |
|----------|-----------------------|----------------|-----------------------|-------------------------|
| Lundi    |                       |                |                       |                         |
| Mardi    |                       |                |                       |                         |
| Mercredi |                       |                |                       |                         |
| Jeudi    |                       |                |                       |                         |
| Vendredi |                       |                |                       |                         |
| Samedi   |                       |                |                       |                         |
| Dimanche |                       |                |                       |                         |

\* Cette case est à votre disposition pour noter un signe inhabituel pendant la période de réduction de dose. Elle peut aussi être utilisée par votre médecin pour signaler un traitement ponctuel par un autre médicament, ou tout autre événement.

Ce calendrier d'arrêt est destiné à :

- mieux vous faire comprendre les modalités d'arrêt des benzodiazépines ;
- noter les données indispensables au suivi du protocole (notamment les symptômes inhabituels) ;
- mieux informer votre médecin sur votre démarche d'arrêt des benzodiazépines.

*Pour plus d'informations sur les modalités d'arrêt, n'hésitez pas à questionner votre médecin.*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

Nom et coordonnées de la personne à contacter en cas de problème :

.....

.....

Médecin traitant :

Adresse :

Tél. :

Cachet :

Pharmacien :

Adresse :

Tél. :

Cachet :