



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## Calendrier de suivi de l'arrêt

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

#### Renseignement sur le traitement

(à remplir par le médecin traitant)

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. : .....



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

.....  
.....

Médecin traitant :

Adresse :

Tél. :

Cachet :

Pharmacien :

Adresse :

Tél. :

Cachet :