

Date: _____

PROGRAMME DE SEVRAGE

Il est recommandé de suivre ce programme avec votre médecin ou votre pharmacien afin de vous sevrer de votre médicament somnifère.

Nom, Prénom: _____

Tampon du médecin:

☒ Pleine dose
 ☐ Moitié de la dose
 ☐ Quart de la dose
 ☒ Aucune dose

Semaines	Plan de sevrage							
	lund	mar	mer	jeu	ven	sam	dim	
1 et 2								
3 et 4								
5 et 6								
7 et 8								
9 et 10								
11 et 12								
13 et 14								
15 et 16								
17 et 18								