

1. IDENTIFICATION Nom du patient: _____ Date de naissance: _____ Sexe: _____ Adresse: _____ Code postal: _____ Téléphone: _____	2. HISTOIRE MÉDICALE Maladies antérieures: _____ Chirurgies: _____ Medications: _____ Allergies: _____ Tabac: _____ Alcool: _____	3. EXAMEN PHYSIQUE Tension artérielle: _____ Fréquence cardiaque: _____ Température: _____ Poids: _____ Hauteur: _____	4. DIAGNOSTIC _____ _____ _____
---	---	---	--

5. TRAITEMENT _____ _____ _____	6. ÉVALUATION _____ _____ _____	7. REMARQUES _____ _____ _____
--	--	---

[Signature]

 Médecin traitant

[Signature]

 Médecin traitant