

Date _____ Prescripteur _____

Mail _____ Téléphone _____

Patient _____ Sexe : F / M

Date de naissance _____ Âge _____

100% : *oui / non* Pour quelle pathologie ? _____

Isolement : Respiratoire (masque) = *oui / non*. Contact (gants) = *oui / non*. BMR ? *oui / non*

DIAGNOSTIC

ANTECEDENTS [En rapport avec la pathologie traitée]

EVOLUTION DE LA MALADIE

Symptômes présents depuis _____

Épisodes antérieurs 0 1-5 6-10 11+ Année du 1^{er} épisode _____

Interventions réalisées (nombre et type) : _____

Orthèses : _____ Chirurgie : _____

Autre : _____

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Explorations complémentaires nécessaires : *oui / non*

Examens réalisés et résultats (notamment négatifs)

TRAITEMENTS

- Anticoagulants : *oui / non*
 - Corticothérapie au long cours : *oui / non*
 - Bêta-bloquants : *oui / non*
 - Antalgiques : *oui / non*.
- Niveau : I (paracétamol, AINS) / II / III (morphiniques et apparentés)

OBJECTIFS DU TRAITEMENT