

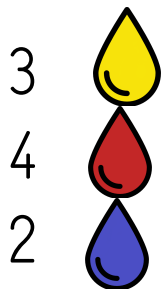
Hôpital des enfants





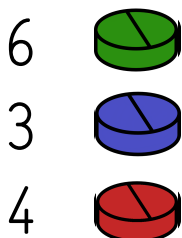
insttialastation

Toux



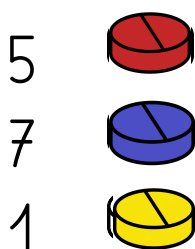
insttialastation

Boutons



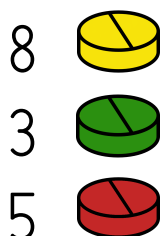
insttialastation

Vomissement



insttialastation




Ecoulement nasal





institala station




Mal de tête

- 5 
- 9 
- 1 



institala station




Fièvre

- 5 
- 5 
- 4 



institala station




Diarrhée

- 7 
- 4 
- 1 



institala station

Mal de ventre

- 4 
- 6 
- 1 



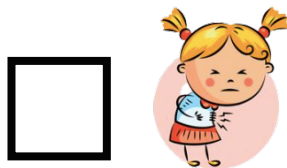
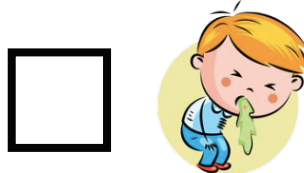
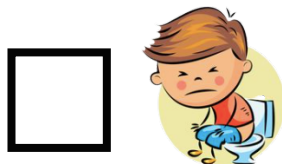
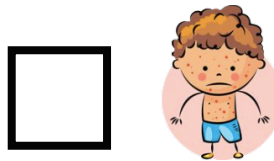
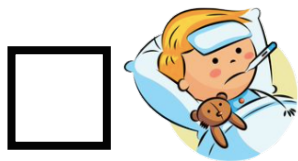
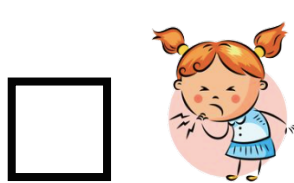
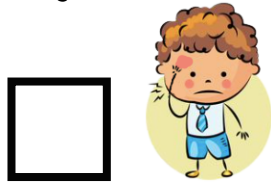
Fiche patient



Nom du patient:

Nom du responsable:

Symptômes :



Comment te sens-tu en ce moment?



Es-tu déjà venu avant?

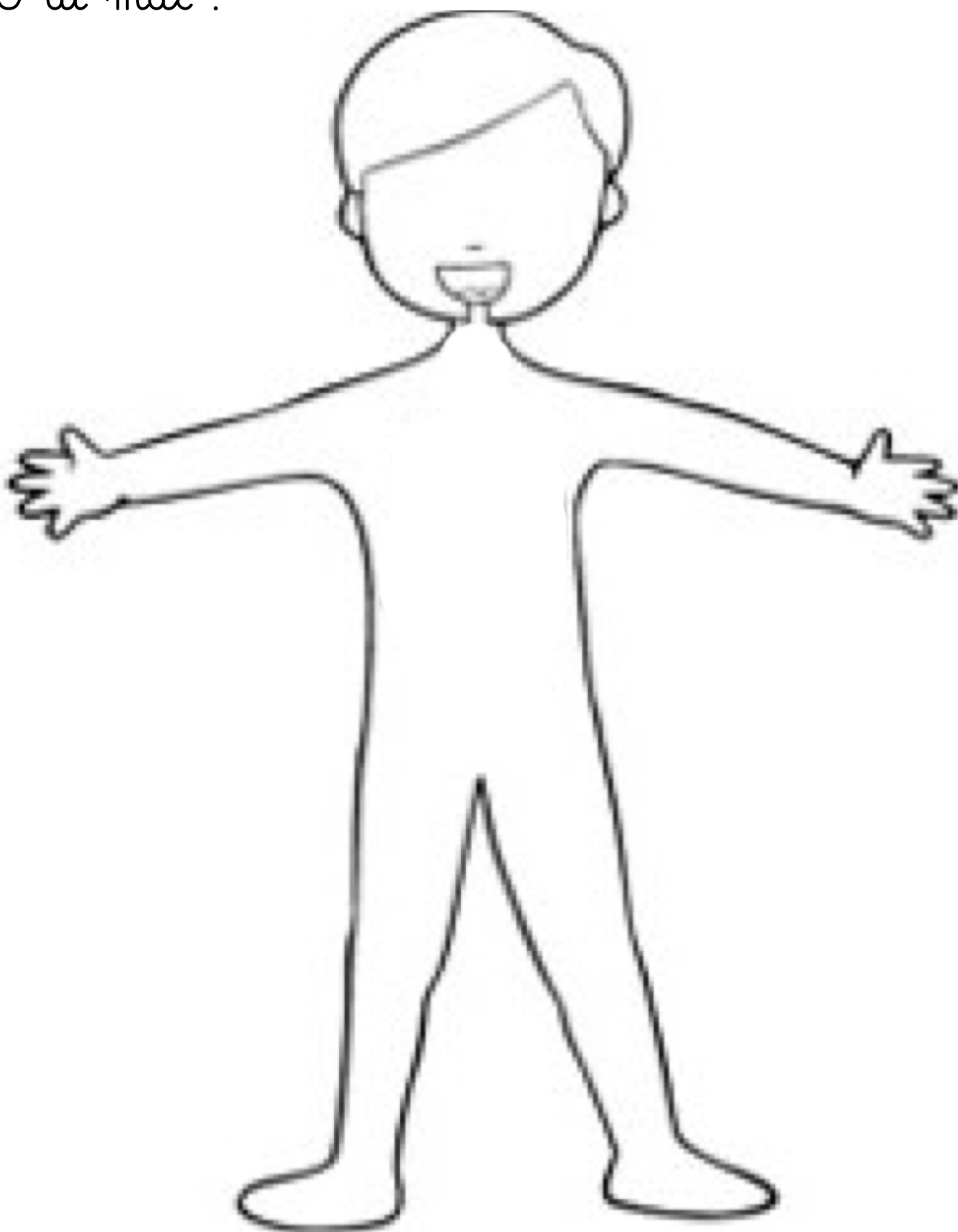
Oui

Non

Fiche patient



J'ai mal :





0.00000.00.000

Nom et prénom du prescripteur

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR:

nom et prénom

du bénéficiaire:

Réservé à la vignette
du conditionnement

R/



Cachet du prescripteur

Date et signature du
prescripteur

délivrable à partir de la date précitée ou à
partir du:

.....

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS

1institalastation

Le médecin

J'écoute



J'ausculte



Je prescris



Prescription de médicaments	
Nom et prénom du prescripteur Docteur Slaton	
A remplir pour le pharmacien	
Nom et adresse du patient	
Date de prescription	
Médicament à prescrire	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Autres renseignements	
Date de délivrance	
Signature et tampon du prescripteur	
Préscription de médicaments	

Le patient

Je remplis la fiche

Fiche patient

Nom du patient: _____

Nom du responsable: _____

Symptômes:

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Comment se sent-il en ce moment?

Est-il déjà venu avant?

Oui Non

Je me fais ausculter



Je me soigne





Toux

ininstalastation



Boutons

ininstalastation



Vomissement

ininstalastation



Ecoulement nasal

ininstalastation



Mal de tête

1insttialastation



Fièvre

1insttialastation



Diarrhée

1insttialastation



Mal de ventre

1insttialastation