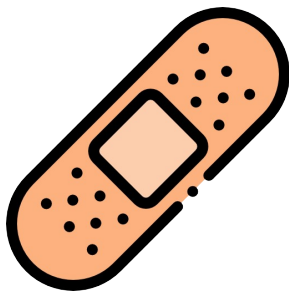




● sirop



● médicament



● pansement



● radio



● boutons



● vomissement



● diarrhée



● mal de ventre



● touss



● mal de tête



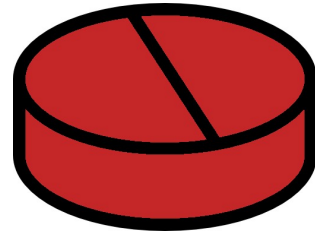
● fièvre








● écoulement nasal



ausculter



comprimé

		Nom et prénom du prescripteur Docteur Station	
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR: Date et prénom du bénéficiaire			
Régime et la vitesse du conditionnement		R/	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Cachet du prescripteur		Date et signature du prescripteur	
à remettre à partir de la date précisée ou à partir de:			
PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS			



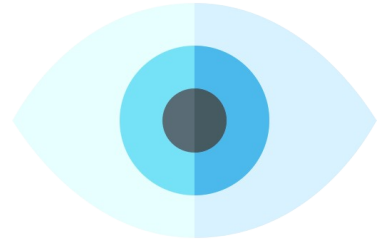
prescription



nez



• langue



• œil



• oreille



• visage