

# FICHE TRAITEMENT

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

	Liste des médicaments	Forme	Qté matin	Qté midi	Qté soir
<u>Nom prescripteur :</u> _____ _____ _____					
<u>Date prescription :</u> _____ _____ _____					
<u>Durée prescription :</u> _____ _____ _____					
<u>Nom prescripteur :</u> _____ _____ _____					
<u>Date prescription :</u> _____ _____ _____					
<u>Durée prescription :</u> _____ _____ _____					
<u>Nom prescripteur :</u> _____ _____ _____					
<u>Date prescription :</u> _____ _____ _____					
<u>Durée prescription :</u> _____ _____ _____					