



Date Heure	Traitement méd./dosage	Toux	Expec- toration	DYSPNÉE		MURMURE VÉSICULAIRE		Observations, identification et signature de l'inhalothérapeute ou autre professionnel, professionnelle le cas échéant
				PRÉ	POST	PRÉ	POST	

FORMULAIRE DISPONIBLE
SEULEMENT VIA L'IMPRIMEUR

