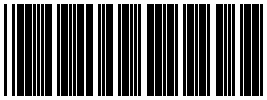
OBSERVATION MÉDICALE
ANAMNÈSE


DT9085

Nom de l'établissement _____

_____

Date de l'examen ____ | ____ | ____ (Année | Mois | Jour)

Heure de l'examen _____

1- Raison d'admission
2- Histoire de la maladie actuelle
3- Antécédents familiaux
4- Antécédents personnels
5- Habitudes
6- Allergies médicamenteuses et autres
7- Corticothérapie

Nom de l'usager	N° de dossier

BILAN DES FONCTIONS

1- Système nerveux
2- Sphère O.R.L.O.
3- Appareil respiratoire
4- Appareil circulatoire
5- Tube digestif
6- Appareil urinaire
7- Appareil génital
8- Appareil locomoteur
9- Glandes endocrines
10- Téguments
11- État psychique

Signature