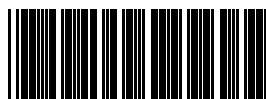


**OBSERVATION MÉDICALE
ANAMNÈSE**



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'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

BILAN DES FONCTIONS

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

Signature