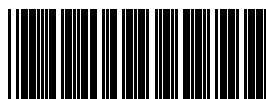


**OBSERVATION
MÉDICALE
EXAMEN PHYSIQUE**



DT9147

Nom de l'établissement _____

Date de l'examen _____
Année Mois Jour

Heure de l'examen _____

EXAMEN PHYSIQUE

Taille :

Masse :

T.A. :

Pouls :

Respiration :

Apparence générale :

Téguments :

Tête (cuir chevelu, yeux, O.R.L.) :

Cou :

Thorax et poumons :

Seins :

Coeur :

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

Abdomen :

Organes génito-urinaires :

Toucher rectal :

Colonne et membres :

Examen neurologique :

Impression diagnostique :

Signature _____
