**MERCI DE REMPLIR L’ENSEMBLE DES CASES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM, PRENOM** |  | | |
| **DATE DE NAISSANCE** |  | | |
| **ADRESSE POSTALE** |  | | |
| **NUMERO DE TELEPHONE** |  | | |
| **MEDECIN ADRESSEUR :**  **NOM + SIGNATURE + DATE** |  | | |
| Grabataire/venant en brancard | OUI | | NON |
| PANSEMENT | OUI précisez : ulcère/escarre/autre : | | NON |
| PATHOLOGIE DERMATOLOGIQUE : | LOCALISATION |  | |
| DUREE EVOLUTION |  | |
| DIAGNOSTIC/HYPOTHESES |  | |
| TRAITEMENTS REALISES |  | |
| AUTRES PATHOLOGIES |  | | |
| TRAITEMENTS HABITUELS |  | | |