

**PROFIL
PHARMACOLOGIQUE**

Débutant le

Nom	Prénom	Sexe	No dossier
-----	--------	------	------------

Nom usuel	Date d'admission
-----------	------------------

Date de naissance	No. d'ass. maladie	Médecin traitant
-------------------	--------------------	------------------

Installation	Unité de services	Chambre-lit
--------------	-------------------	-------------

Alerte
Allergies

Note :

Poids	Poids idéal	Taille	Créatinine	Clairance de la Créatinine
Date :		Date :	Date :	

Imprimé le: