**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  |  |