

Médecin traitant :.....

Infirmier (ère) référent(e) :

Pharmacie référente :

Masseur kinésithérapeute référent :
.....

IDENTIFICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Nom, Téléphone

Laboratoire référent :

Autres professionnels :
.....
.....

INFORMATIONS PERSONNELLES

Je suis

- Diabétique
- En traitement sous anticoagulant
- Allergique (préciser) :

.....
.....
Autre :
.....

Médecin traitant :.....

Infirmier (ère) référent(e) :

Pharmacie référente :

Masseur kinésithérapeute référent :
.....

IDENTIFICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Nom, Téléphone

Laboratoire référent :

Autres professionnels :
.....
.....

INFORMATIONS PERSONNELLES

Je suis

- Diabétique
- En traitement sous anticoagulant
- Allergique (préciser) :

.....
.....
Autre :
.....

Médecin traitant :.....

Infirmier (ère) référent(e) :

Pharmacie référente :

Masseur kinésithérapeute référent :
.....

IDENTIFICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Nom, Téléphone

Laboratoire référent :

Autres professionnels :
.....
.....

INFORMATIONS PERSONNELLES

Je suis

- Diabétique
- En traitement sous anticoagulant
- Allergique (préciser) :

.....
.....
Autre :
.....