

**Demande de conseil MVL**

Heure :	<input type="checkbox"/> Ici <input type="checkbox"/> Téléphone
Consultation pour :	Nom :
<input type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Autre :	Tél. :
<input type="checkbox"/> Enfant (âge, poids) :	DDN :
	<input type="checkbox"/> Dossier ici

**Collecte de données initiale**

<input type="checkbox"/> Allergies :	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé ? <input type="checkbox"/> Fumeur
<input type="checkbox"/> Intolérances :	
	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> HTA/cœur
<input type="checkbox"/> Grossesse : DPA :	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Glaucome
<input type="checkbox"/> Allaitement	<input type="checkbox"/> Autre ?
<input type="checkbox"/> Médication chronique ?	<input type="checkbox"/> MVL ou PSN ?

Première utilisation ?    Utilisation prolongée ?    Inefficacité ?

**RAISON DE LA CONSULTATION :**

**Collecte d'informations supplémentaires**

Quoi ? Depuis quand ? Fréquence, intensité ? Localisation ? (Si pertinent)  
Circonstances d'apparition ? Qu'est-ce qui a été essayé, a aidé ou a aggravé ?



**ALLIANCE  
PHARMA**

Verso  
1 855 755-0821  
info-formation@alliancepharma.ca

**Demande de conseil MVL**

Heure :	<input type="checkbox"/> Ici <input type="checkbox"/> Téléphone
Consultation pour :	Nom :
<input type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Autre :	Tél. :
<input type="checkbox"/> Enfant (âge, poids) :	DDN :
	<input type="checkbox"/> Dossier ici

**Collecte de données initiale**

<input type="checkbox"/> Allergies :	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé ? <input type="checkbox"/> Fumeur
<input type="checkbox"/> Intolérances :	
	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> HTA/cœur
<input type="checkbox"/> Grossesse : DPA :	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Glaucome
<input type="checkbox"/> Allaitement	<input type="checkbox"/> Autre ?
<input type="checkbox"/> Médication chronique ?	<input type="checkbox"/> MVL ou PSN ?

Première utilisation ?    Utilisation prolongée ?    Inefficacité ?

**RAISON DE LA CONSULTATION :**

**Collecte d'informations supplémentaires**

Quoi ? Depuis quand ? Fréquence, intensité ? Localisation ? (Si pertinent)  
Circonstances d'apparition ? Qu'est-ce qui a été essayé, a aidé ou a aggravé ?



**ALLIANCE  
PHARMA**

Verso  
1 855 755-0821  
info-formation@alliancepharma.ca

**Demande de conseil MVL**

Heure :	<input type="checkbox"/> Ici <input type="checkbox"/> Téléphone
Consultation pour :	Nom :
<input type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Autre :	Tél. :
<input type="checkbox"/> Enfant (âge, poids) :	DDN :
	<input type="checkbox"/> Dossier ici

**Collecte de données initiale**

<input type="checkbox"/> Allergies :	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé ? <input type="checkbox"/> Fumeur
<input type="checkbox"/> Intolérances :	
	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> HTA/cœur
<input type="checkbox"/> Grossesse : DPA :	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Glaucome
<input type="checkbox"/> Allaitement	<input type="checkbox"/> Autre ?
<input type="checkbox"/> Médication chronique ?	<input type="checkbox"/> MVL ou PSN ?

Première utilisation ?    Utilisation prolongée ?    Inefficacité ?

**RAISON DE LA CONSULTATION :**

**Collecte d'informations supplémentaires**

Quoi ? Depuis quand ? Fréquence, intensité ? Localisation ? (Si pertinent)  
Circonstances d'apparition ? Qu'est-ce qui a été essayé, a aidé ou a aggravé ?



**ALLIANCE  
PHARMA**

Verso  
1 855 755-0821  
info-formation@alliancepharma.ca

**Demande de conseil MVL**

Heure :	<input type="checkbox"/> Ici <input type="checkbox"/> Téléphone
Consultation pour :	Nom :
<input type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Autre :	Tél. :
<input type="checkbox"/> Enfant (âge, poids) :	DDN :
	<input type="checkbox"/> Dossier ici

**Collecte de données initiale**

<input type="checkbox"/> Allergies :	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé ? <input type="checkbox"/> Fumeur
<input type="checkbox"/> Intolérances :	
	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> HTA/cœur
<input type="checkbox"/> Grossesse : DPA :	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Glaucome
<input type="checkbox"/> Allaitement	<input type="checkbox"/> Autre ?
<input type="checkbox"/> Médication chronique ?	<input type="checkbox"/> MVL ou PSN ?

Première utilisation ?    Utilisation prolongée ?    Inefficacité ?

**RAISON DE LA CONSULTATION :**

**Collecte d'informations supplémentaires**

Quoi ? Depuis quand ? Fréquence, intensité ? Localisation ? (Si pertinent)  
Circonstances d'apparition ? Qu'est-ce qui a été essayé, a aidé ou a aggravé ?



**ALLIANCE  
PHARMA**

Verso  
1 855 755-0821  
info-formation@alliancepharma.ca