

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