




Demande de conseil MVL	
Heure :	<input type="checkbox"/> Ici <input type="checkbox"/> Téléphone
Consultation pour :	Nom :
<input type="checkbox"/> Lui-même	Tél. :
<input type="checkbox"/> Autre :	DDN :
<input type="checkbox"/> Enfant (âge, poids) :	<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 ?
<input type="checkbox"/> Première utilisation ? <input type="checkbox"/> Utilisation prolongée ? <input type="checkbox"/> 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
1-855-755-0821	<input type="checkbox"/> Verso

Demande de conseil MVL	
Heure :	<input type="checkbox"/> Ici <input type="checkbox"/> Téléphone
Consultation pour :	Nom :
<input type="checkbox"/> Lui-même	Tél. :
<input type="checkbox"/> Autre :	DDN :
<input type="checkbox"/> Enfant (âge, poids) :	<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 ?
<input type="checkbox"/> Première utilisation ? <input type="checkbox"/> Utilisation prolongée ? <input type="checkbox"/> 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
1-855-755-0821	<input type="checkbox"/> Verso

Demande de conseil MVL	
Heure :	<input type="checkbox"/> Ici <input type="checkbox"/> Téléphone
Consultation pour :	Nom :
<input type="checkbox"/> Lui-même	Tél. :
<input type="checkbox"/> Autre :	DDN :
<input type="checkbox"/> Enfant (âge, poids) :	<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 ?
<input type="checkbox"/> Première utilisation ? <input type="checkbox"/> Utilisation prolongée ? <input type="checkbox"/> 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
1-855-755-0821	<input type="checkbox"/> Verso

Demande de conseil MVL	
Heure :	<input type="checkbox"/> Ici <input type="checkbox"/> Téléphone
Consultation pour :	Nom :
<input type="checkbox"/> Lui-même	Tél. :
<input type="checkbox"/> Autre :	DDN :
<input type="checkbox"/> Enfant (âge, poids) :	<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 ?
<input type="checkbox"/> Première utilisation ? <input type="checkbox"/> Utilisation prolongée ? <input type="checkbox"/> 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
1-855-755-0821	<input type="checkbox"/> Verso