



Nom P	Prenom P	Nom M	Prenom M	CP M	Prelv
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Regles: N A Jeun: N Medicaments: N

Tension 1 Maxi: Mini: Peri:

Tension 2 Maxi: Mini: Taille:

Tension 3 Maxi: Mini: Poids:

Tono: Vision Spiro Sev: Audio: Q2D: BBD: Tetanos:

Q1: Q2: Q3: Q4:

Memoire:

 N N N N

Vision

Tono D	Tono G	CO <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
33 cm	3 m	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Droite	<input type="text"/>	
Gauche	<input type="text"/>	
Bi	<input type="text"/>	

Audiometrie

	250	500	1000	2000	4000	8000
Droite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	250	500	1000	2000	4000	8000
Gauche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Commentaires

