**Patient : Nom / Prénom / date de naissance**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Opération prévue :**

**Date opératoire prévue** Cliquez ici pour entrer une date.

**Allergies :**

**Comorbidités à relever**

|  |
| --- |
|   |

**Traitement actuel**

|  |
| --- |
|   |

**Dernier examen clinique si présent** Cliquez ici pour entrer une date.

 Poids : Tension artérielle :

 Taille : Pouls : [ ]  ECG  (coché si joint)

**Laboratoire si indiqué**

|  |
| --- |
|  |

**Evaluation/commentaires du médecin traitant**

|  |
| --- |
|   |

**Le médecin traitant :**

Nom : Cliquez ici pour taper du texte. Date : Cliquez ici pour entrer une date.