

QUESTIONNAIRE PATIENT

Date du RNI _____

Valider doses prises _____

Maladie récente _____

Changements récents de Rx _____

Produits naturels _____

Médicaments de vente libre _____

Suppléments alimentaires _____

Consommation légumes verts _____

Consommation alcool:Nb/jour _____ Type _____

Arrêt tabagique _____

Stress récent
(*dénutrition, démence, deuil, divorce, déménagement, dépression, voyage*)

Modif. imp. niveau activité physique *OUI* *NON*

Saignements *OUI* *NON*

Oedème des membres inférieurs *OUI* *NON*

Chirurgie récente ou à venir *OUI* *NON*

Notes

Init. ATP ou Ph