

## Dossier Client

Diab.

Anticoag.

Nom :	Prénom	DDN :
Sexe :		
Adresse :	Ville :	Code Postal :
Tel : Maison :	Cell :	Travail :
E-mail :		
Occupation :	Activités :	Tabac : Alcool :

### Bilan de santé

### Contact Covid/Sympt :

Problèmes	O	N	Commentaires	Problèmes	O	N	Commentaires
Articulations				Vue			
Cœur				Immunité			
Circulation				Cancer			
Peau				Pacemaker			
Tension				Pulmonaire			
Diabète				Hormonal			
Autres				Autres			

	O	N	Commentaires
Hospitalisation (depuis 6 mois)			
Fractures-Chirurgies membres inférieurs			Dates : Raisons :
Médecin traitant			Nom : Clinique : Dernière visite :
Allergies			Médicaments : Autres :
Médication			Nom :
Anticoagulant			Nom :
Soins de pieds antérieurs			Date : Lieu :
<b>Motif de consultation</b>			
Observation de la démarche			
Examen de la chaussure			Adéquate : Non adéquate :
Signature :	Tarif :	Date et heure :	Kit :

