

# Centre Médical Saint-Georges

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / .....

## Allergie(s) connue(s)

.....

.....

.....

## Traitement(s) en cours :

Nom du médicament	Dosage	Fréquence	Depuis (année)	Remarque

## Antécédents médicaux :

Type d'antécédents	Date