



## **FORMULAIRE A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN**

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance : .....

Poids : ..... Taille : .....

Allergies :

Histoire de la maladie :

Traitements en cours :

Traitements de la douleur déjà essayés : efficacité oui non ?