



Identification du patient :

Mme M Nom: Prénom :
 Date de naissance:
 Téléphone : @mail :
 Adresse :

Oncologue :

Médecin généraliste :

Réseau / autre :

Diabétique : oui non Si oui, grade : **Artéritique :** oui non

Date de la dernière

Chimiothérapie : Thérapie : Autre traitement :

Infection : oui non Si oui, localisation :

TRAITEMENT RÉALISÉ:

PRESCRIPTION :

AUTRES RECOMMANDATIONS :

DATE :

CACHET DU PODOLOGUE

