TRAITEMENT SELON PRESCRIPTION MEDICALE

NOM :……..
PRENOM :……
MEDECIN :……

TRAITEMENT PER OS	*MATIN*	*MIDI*	*SOIR*	*COUCHER*
AUTRES: collyres,gouttes auriculaires,etc…				

TRAITEMENT PER OS	*MATIN*	*MIDI*	*SOIR*	*COUCHER*
AUTRES: collyres,gouttes auriculaires,etc…				