

Modèle de formulaire de consultation avec Prescription Alimentaire

CENTRE DE SANTE DE _____

N Dossier°.....

FICHE DE CONSULTATION

NOM.....

AGE.....

SEXE.....

ADRESSE.....

DATE/HEURE	EXAMEN CLINIQUE	OBSERVATION
	Plaintes principaux :	Poids : T° TA Pouls : FR : Labo :
	Examens physiques du malade:	
	Classement :	
TRAITEMENT		
Médicaments :	Alimentation : <u>Pendant la maladie :</u> (رڭڭڭڭ) continuez à offrir des aliments (dont le lait maternel pour les bébés) <u>Pendant 2 semaines après :</u> (رڭڭڭڭ) offrez plus que ce qu'ils mangent habituellement	

Nom du Consultant:



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

Breakthrough
ACTION
FAIRE AVANCER LE CHANGEMENT
SOCIAL ET DE COMPORTEMENT

