

Carte de traitement TB-DS et TB-Hr

Nom et prénom du patient : N° enregistr. :

Sexe : M F Date de naissance :/...../..... Poids (kg) :

Adresse^a/tél. :

Nom/tél. d'une personne à contacter si besoin :

Structure : Date début de traitement :/...../.....

Nom du prescripteur :

Schéma prescrit :

Nb de cp par jour :

Date Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

^a Si le patient est sans domicile fixe, indiquer les lieux où il se trouve habituellement.