

Carte de traitement TB-MDR/RR

Nom et prénom du patient : N° enregist. :

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 : Nom de l'accompagnateur DOT :

Schéma prescrit :

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	
Médicaments-doses																																
						</																										