

# Protocoles thérapeutiques

pour injection, soin des yeux, perfusion, sonde urinaire  
et gastrique, nutripompe, stomies, protocole chimio, etc.

Nom et Prénoms du Patient :

N° INSEE : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ // \_ ou Date de naissance : \_ / \_ / \_

Soin : _____ _____ Date début : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Date fin : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Paraphez votre écrit
Soin : _____ _____ Date début : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Date fin : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Paraphez votre écrit
Soin : _____ _____ Date début : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Date fin : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Paraphez votre écrit
Soin : _____ _____ Date début : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Date fin : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Paraphez votre écrit
Soin : _____ _____ Date début : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Date fin : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Paraphez votre écrit