

Nom, prénom :
Date de naissance :

Rempli par :
Validé par :

ÉVALUATION DU TRAITEMENT

Date: / /

Pas de traitement à cette date

TRAITEMENTS DE FOND

Nom du médicament	Posologie			Statut <i>Début / En cours / Arrêté</i>	Si arrêt, préciser cause <small> Arrêt programmé Intolérance locale Intolérance générale Intolérance biologique Absence d'efficacité Concomitance personnelle Effet indésirable grave Autre(s) </small>
	Voie <i>po / sc / im / iv</i>	Dose par prise	Fréquence		
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□

TRAITEMENT DE LA POUSSÉE

<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, i.v.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, i.m.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, p.o.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
	Autre, préciser	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	

TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

Médi- caments	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	

TRAITEMENTS NON LIÉS À LA SEP

Médi- caments	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	