Nom, prénom :

Date de naissance :

Rempli par :

Validé par :

HISTORIQUE DES TRAITEMENTS DE LA SEP

Nom du médicament	Date de début (Jour Mois Année)	Date d'arrêt (Jour Mois Année)	Raison de l'arrêt (Arrêt programmé / Intolérance locale / Intolérance générale / Intolérance biologique / Absence d'efficacité / Convenance personnelle / Effet indésirable grave / Autre(s))	Commentaire

COMMENTAIRES

© 2002-2003 – EDMUS Coordinating Center, Lyon
Version 1.4, 2003/03/31