

ANAMNESE.

**Patient(e) :**

Nom :

NISS :

Prénom :

**Diagnostic depuis (années) :**

**Facteurs de comorbidité :**

**Antécédents :**

<b><u>médicaux</u></b>	
<b><u>chirurgicaux</u></b>	
<b><u>Autre (familiaux)</u></b>	

**Allergies :** .....

**Intolérances :** .....

**Addictions :** .....

**Traitements actuels :**

<u>Nom et dosage</u>	<u>Nombre de prises</u>

**Traitements du diabète : ADO :**

<u>Nom et dosage</u>	<u>Nombre de prises</u>
<u>METFORMINE ou BIGUANIDE</u>	
<u>SULFAMIDES HYPOGLYCEMIANTS (ou SULFONYLUREE)</u>	
<u>AUTRE(S) CLASSE(S) D'ADO</u>	

