Nom : ____________________________ Dossier : _____________

Cible : ____________________________ MD : ________________

Clinique Médicale Mascouche

Date	TA	Pouls	Commentaires	Date	TA	Pouls	Commentaires
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		
	/				/		