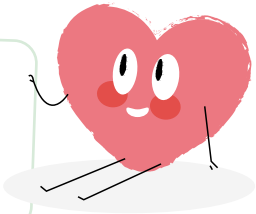
1. QUEL TRAITEMENT POUR MON INSUFFISANCE CARDIAQUE ?

NOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

DATE : .....



MÉDICAMENTS	POSOLOGIE	INDICATION	MATIN	MIDI	SOIR	AU COUCHER	REMARQUE

MÉDICAMENTS	POSOLOGIE	INDICATION	MATIN	MIDI	SOIR	AU COUCHER	REMARQUE

MÉDICAMENTS	POSOLOGIE	INDICATION	MATIN	MIDI	SOIR	AU COUCHER	REMARQUE

MÉDICAMENTS	POSOLOGIE	INDICATION	MATIN	MIDI	SOIR	AU COUCHER	REMARQUE