

**SIMULATION IP – PROFIL DES ALLERGIES**

*\*info du patient ici\**

Date	Allergies	Réaction	Initiales
	<input type="checkbox"/> <b>Aucune allergie</b>		
	<b>Latex :</b> <input type="checkbox"/> <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b>		
	<b>Allergies médicaments :</b>		
	<b>Intolérances médicamenteuses :</b>		
	<b>Allergies aliments :</b>		
	<b>Intolérances alimentaires :</b>		
	<b>Autres :</b>		
<b>Signature</b>	<b>Init.</b>	<b>Signature</b>	<b>Init.</b>