

REGISTRE DES CONDITIONNEMENTS «BIO-STIM»

Nom, Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Sexe :

Tél :

Limitations fonctionnelles :

Diagnostic médical :

Prise de médicaments : NON ? OUI ?

Prise d'analgésique : NON ? OUI ?

	DATE	AMPL	FRÉQ	MODUL	TEMPS	APPL	Notes d'évolution
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

MERCI DE VOTRE COOPÉRATION

Date de réception :

Nom de votre représentant(e) :