

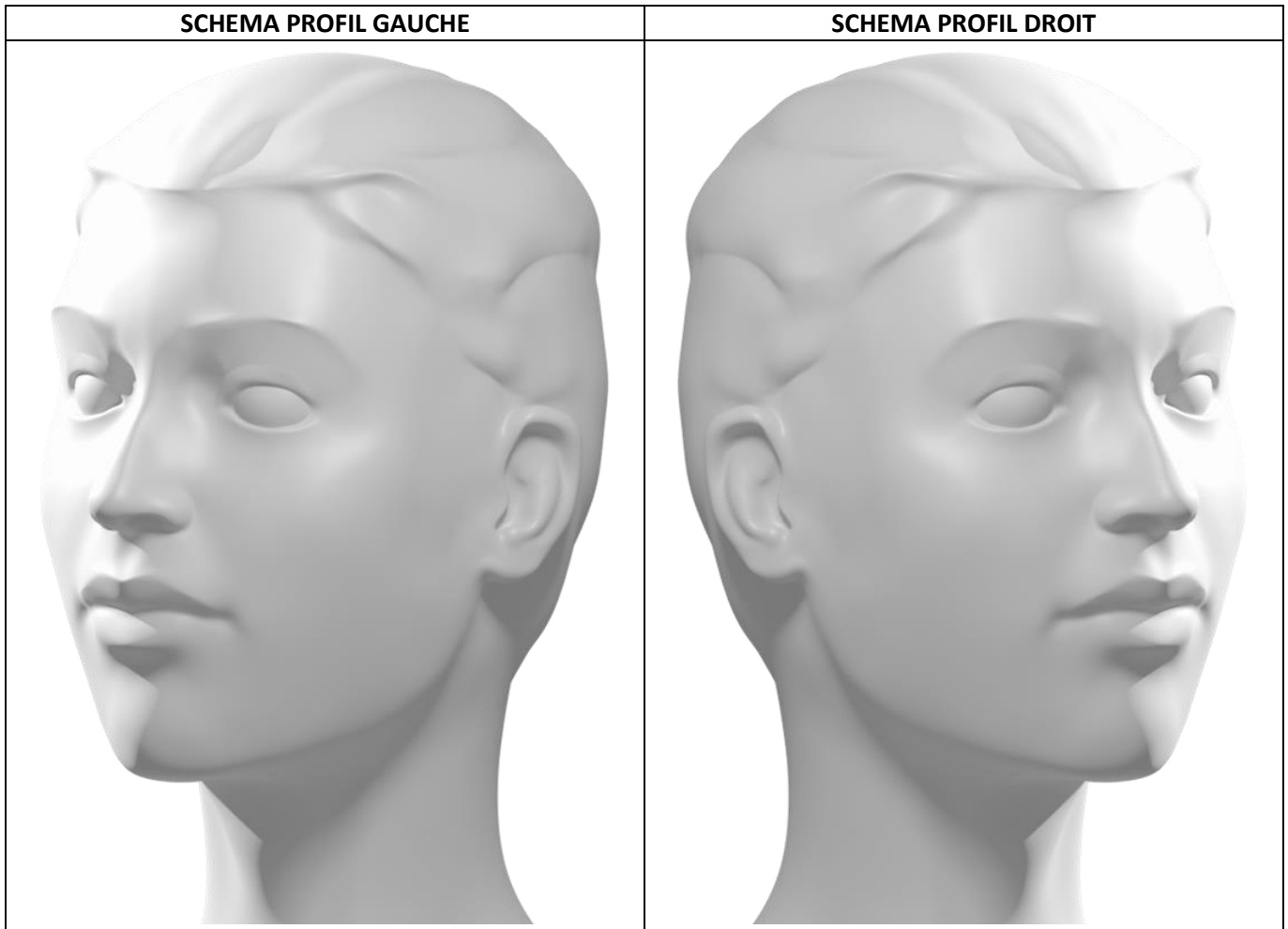
Docteur

Date de l'intervention : / /

Coordonnées du patient

Nom : Activité :
 Prénom : Sexe : F H
 Date de naissance :

TRAITEMENT PREOPERATOIRE	TRAITEMENT PEROPERATOIRE	ANESTHESIE
<input type="checkbox"/> AB : <input type="checkbox"/> Antalgiques : <input type="checkbox"/> AINS : <input type="checkbox"/> Corticoïde : <input type="checkbox"/> Sédatif :	<input type="checkbox"/> AB : <input type="checkbox"/> Antalgiques : <input type="checkbox"/> AINS : <input type="checkbox"/> Corticoïde : <input type="checkbox"/> Sédatif :	<input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Autre :



IMPLANTATION			
Zones & Nombre de fils par côté :	<input type="checkbox"/> Sourcil <input type="checkbox"/> Orbiculaire	<input type="checkbox"/> Pommette <input type="checkbox"/> Amertume	<input type="checkbox"/> Bajoue <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Autres
Fil 1	Entrée temporale : cm au-dessus & cm en avant de l'oreille	Sortie supérieure : cm du point d'entrée	
Fil 2	Entrée temporale : cm au-dessus & cm en avant de l'oreille	Sortie supérieure : cm du point d'entrée	
Fil 3	Entrée temporale : cm au-dessus & cm en avant de l'oreille	Sortie supérieure : cm du point d'entrée	
Fil 4	Entrée temporale : cm au-dessus & cm en avant de l'oreille	Sortie supérieure : cm du point d'entrée	
Fil 5	Entrée temporale : cm au-dessus & cm en avant de l'oreille	Sortie supérieure : cm du point d'entrée	
Fil 6	Entrée temporale : cm au-dessus & cm en avant de l'oreille	Sortie supérieure : cm du point d'entrée	
.....	
.....	