

Mon nom:

Inf Aux:

Date:

Ch	<hr/> Dx Alle N soins Diète	SV Gluco	Labo/ Examen/ SOP À jeun <input type="checkbox"/>	Soins	Surveillance	soluté	Élimination	Rapport
Ch	<hr/> Dx Alle N soins Diète	SV Gluco	Labo/ Examen/ SOP À jeun <input type="checkbox"/>	Soins	Surveillance	soluté	Élimination	Rapport
Ch	<hr/> Dx Alle N soins Diète	SV Gluco	Labo/ Examen/ SOP À jeun <input type="checkbox"/>	Soins	Surveillance	soluté	Élimination	Rapport
Ch	<hr/> Dx Alle N soins Diète	SV Gluco	Labo/ Examen/ SOP À jeun <input type="checkbox"/>	Soins	Surveillance	soluté	Élimination	Rapport
Ch	<hr/> Dx Alle N soins Diète	SV Gluco	Labo/ Examen/ SOP À jeun <input type="checkbox"/>	Soins	Surveillance	soluté	Élimination	Rapport
Ch	<hr/> Dx Alle N soins Diète	SV Gluco	Labo/ Examen/ SOP À jeun <input type="checkbox"/>	Soins	Surveillance	soluté	Élimination	Rapport