



Etablissement / bureau (cachet)	Patient	
	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme
	Initiales : Prénom ___ Nom ___	
	Année de naissance :	
Date de procédure: / /	Activité :	
Praticien		
Titre :	Prénom :	Nom :

Suivi	<input type="checkbox"/> Rien à signaler	<input type="checkbox"/> Inflammation	<input type="checkbox"/> Perception du produit sous la peau
	<input type="checkbox"/> Plissement temporaire	<input type="checkbox"/> Ecchymose	<input type="checkbox"/> Correction asymétrique
Date : / /	<input type="checkbox"/> Œdème	<input type="checkbox"/> Hématome	<input type="checkbox"/> Autre : _____

Douleur EVA (Echelle Visuelle Analogique) :	_____ (0 à 10)			
Photos :	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> 3/4	<input type="checkbox"/> Profile	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Opinion de la famille :	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Très bien	<input type="checkbox"/> Correcte	<input type="checkbox"/> Insatisfaisant
Evaluation du patient :	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Très bien	<input type="checkbox"/> Correcte	<input type="checkbox"/> Insatisfaisant

Remarque :

Docteur Signature :
Signature :

Patient