DOCUMENT 1

Traitement quotidien ***Daily therapy***

Produit/ *Product*	**DCI ou Type*de traitement**	**Posologie/ *Dose***

*Description du traitement : poudre inhalée, spray, nébulisation, nébuliseur, compléments alimentaires, mode injectable…
**Description of treatment: inhaled powder, spray, fogging, nebulizer, food supplements, injection mode…*

Date :
Signature du médecin :
Physician's signature

Cachet médecin ou CRCM
Stamp of clinic or physician