



Identification du patient :

Mme M
Date de naissance: Nom: Prénom :
Téléphone : @mail :
Adresse :

Oncologue :

Médecin généraliste :

PATHOLOGIE

Diabétique

Artéritique

Autre :

EXAMEN DES PIEDS

PEAU : Sèche Humide Froide Chaude

HYPER KÉRATOSE : Orteils Plantaire Talonnière

CREVASSES : Orteils Avant pied Talonnière

ONGLE : Incarné Mycose

TROUBLE STATIQUE : Pied creux Pied plat

DATE :

CACHET DU PODOLOGUE

