

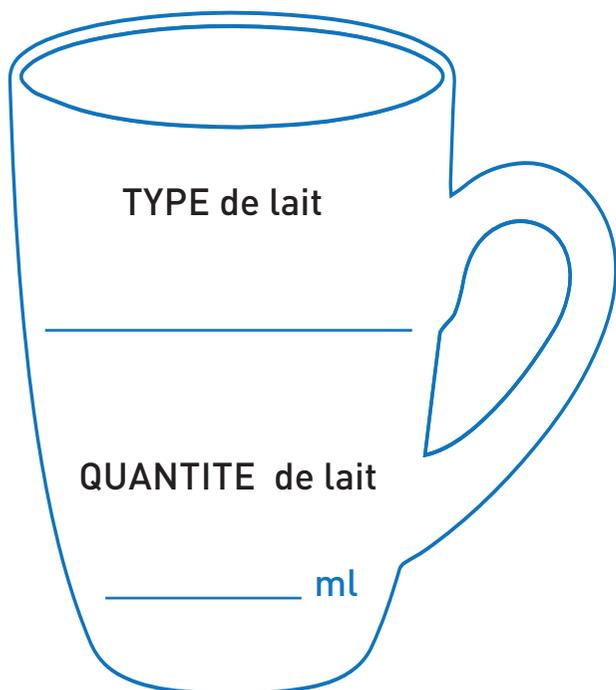
Nom du PATIENT :

LIT :

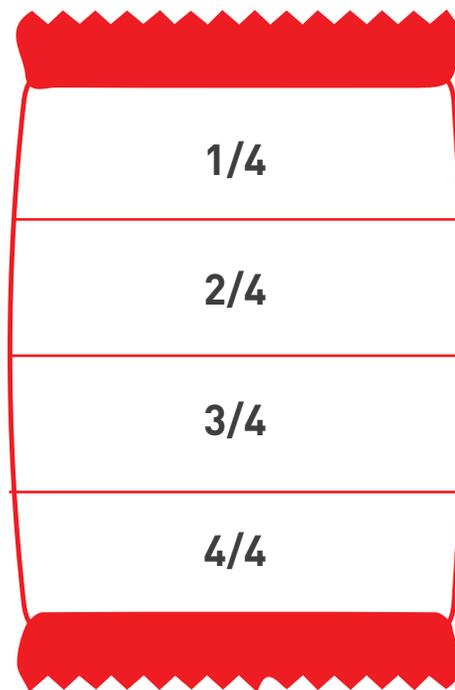
Patient ID :

ALIMENTS THERAPEUTIQUES

LAIT par repas



ATPE par repas



REPAS NORMAUX

PETIT-DEJEUNER

DEJEUNER

DINER

Autres exigences :