

SAU
27 rue du Faubourg Saint-Jacques
75679 paris cedex 14
01 58 41 27 22

Paris, le -- / -- / 20--

Cher Confrère,

La Prise en charge de votre patient Mr/Mme _____ lors de son passage
au SAU le -- / -- / 20-- a nécessité l'utilisation d'un traitement morphinique comprenant :

-

-

Auquel il a été associé la prescription de laxatifs en systématique, d'un anti émétique et de
conseils diététiques.

Je lui demande de vous revoir dans les 72 heures afin de réévaluer ce traitement antalgique.

Soyez assurez cher Confrère de mes salutations distinguées.