

Veuillez entrer le poids du patient - assurez-vous d'indiquer si les kilogrammes ou les livres			
<b>Poids:</b>	<input type="text"/>	<b>kg ou lb?</b>	<input checked="" type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
Veuillez entrer la taille du patient - assurez-vous d'indiquer si des centimètres ou des pouces			
<b>La taille:</b>	<input type="text"/>	<b>cm ou en?</b>	<input checked="" type="radio"/> cm <input type="radio"/> en
Veuillez entrer le sexe du patient.			
<input checked="" type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> femelle			
Veuillez saisir la date de naissance du patient (MM / JJ / AAAA).			
<input type="text"/>			
Veuillez saisir la date de la VISITE AU BUREAU du patient (MM / JJ / AAAA).			
<input type="text"/>			
<input type="button" value="Voir le résultat"/>			