

Nom.....

Prénom.....

Lettre du médecin traitant

OUI

NON

(Barrer la mention inutile)

OBSERVATIONS SEMIOLOGIE

SIGNATURE

DU PRATICIEN

Schéma à la consultation du

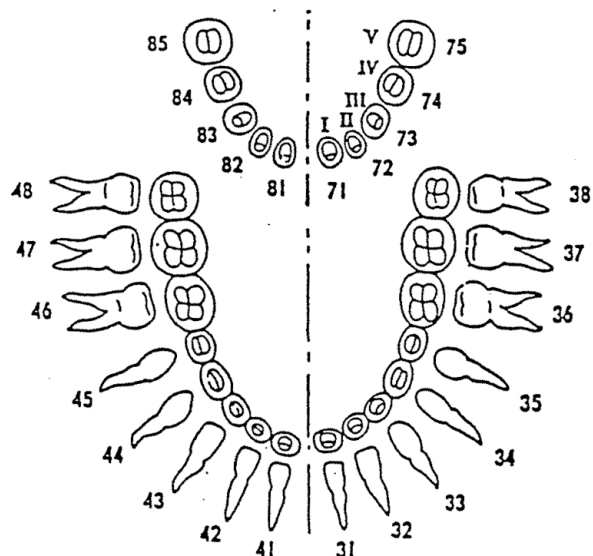
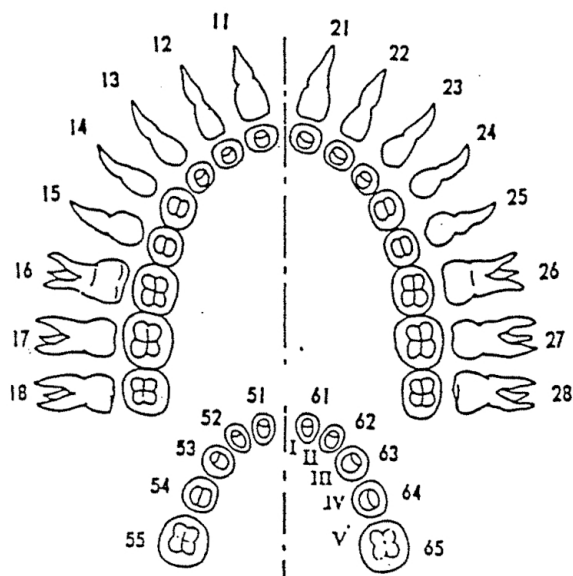


Schéma à la consultation du

