



Formulaire de recommandation pour le patient

MÉDECIN TRAITANT

Nom _____

Téléphone _____

Adresse _____

Courriel _____

PATIENT

Nom _____

Date de naissance _____

Téléphone _____

Courriel _____

Veuillez inclure les documents justificatifs tels que :

- Confirmation du diagnostic
- Documents médicaux justifiant le diagnostic (résultats de tests ou de laboratoire, etc.)
- Liste des médicaments provenant de la pharmacie

Diagnostic _____

Depuis combien de temps _____

Signes et symptômes _____

Médicaments reçus _____

Signature du médecin _____

Date _____

