

## ORDONNANCE MÉDICALE

Date : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Produit prescrit :

- Bas de compression 20-30 mmHg
- Mollet

Médecin : \_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_