

GMF-U DE DRUMMONDVILLE

PT-INR POUR PROCHAIN PRÉLÈVEMENT

**BIEN VOULOIR RESPECTER LES DATES INSCRITES, SINON NOUS EN AVISER**

Fax : CLSC 819-474-2966

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM DU MÉDECIN** | **NOM DU PATIENT** | **D.D.N.** | **DATE PRÉLÈVEMENT** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |