FEUILLE DE TRANSMISSIONS CIBLEES

Nom/prénom :
Date de naissance :

NOM DU PROFESSIONNEL	DATE	CIBLE	DONNEE	ACTION	RESULTAT
Mr médecin traitant	*01/01/22*	*Digestif*	*Mme X a eu des nausées lors de ma visite*	*Prescription de vogalène faîte*	*Mieux après mon passage*