RECAPITULATIF DES DEMANDES D AVIS DE TELEEXPERTISE - CARDIO

Document à retourner tous les trimestres par mail à : contact@urml-paysdelaloire.org

TRIMESTRE 1 : Période du 1er janvier au 31 mars 2019

Exemple : Patient : DUPONT Hervé - Cardiologue : DURAND Marc - Méd traitant : MARTIN Louis

Initiales patient NOM-PRENOM	Date	NOM et PRENOM du cardiologue	NOM et PRENOM du médecin traitant
DH	27/11/2018	DURAND Marc	MARTIN Louis