

Code médecin :

Matricule :

Nom du Patient :

Ordonnance Médicale

Date:	15/05/2026	Date expiration:	Date	P. ord.	1	2	3	4	5	6	
24 séances DAVID HEALTH DOS T 200 2 séances /Semaine motif :				Qté. to							
				Dél. 1							
				Dél. 2							
				Dél. 3							
				Dél. 4							
				Dél. 5							
				Dél. 6							
				Dél. 7							
EXEMPLE DE PRESCRIPTION POUR UN TRAITEMENT DAVID HEALTH			Prestation délivrée / Date								
			Estampille / Signature prestataire								
			Réservé à l'administration / Visa contrôle médical								
Signature											