|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Clinique médicale**  adresse  *VOUS DEVEZ COMMUNIQUER avec nous :*  **entre : 8 h 30 et 16 h** pour prendre rendez-vous  dans : \_\_\_\_\_\_\_ mois au numéro de téléphone suivant :  **418-**  **Il est important d’apporter** **avec vous** lors de votre prochain rendez-vous :  Votre liste de médicaments à jour  Votre carnet de glycémie  Vos chiffres de tension artérielle  Vous devez avoir fait vos prises de sang pour votre examen périodique    (Signature du médecin)    (date) | |  | **Clinique médicale**  adresse  *VOUS DEVEZ COMMUNIQUER avec nous :*  **entre : 8 h 30 et 16 h** pour prendre rendez-vous  dans : \_\_\_\_\_\_\_ mois au numéro de téléphone suivant :  **418-**  **Il est important d’apporter** **avec vous** lors de votre prochain rendez-vous :  Votre liste de médicaments à jour  Votre carnet de glycémie  Vos chiffres de tension artérielle  Vous devez avoir fait vos prises de sang pour votre examen périodique    (Signature du médecin)    (date) |
|  |  | | |
| **Clinique médicale**  adresse  *VOUS DEVEZ COMMUNIQUER avec nous :*  **entre : 8 h 30 et 16 h** pour prendre rendez-vous  dans : \_\_\_\_\_\_\_ mois au numéro de téléphone suivant :  **418-**  **Il est important d’apporter** **avec vous** lors de votre prochain rendez-vous :  Votre liste de médicaments à jour  Votre carnet de glycémie  Vos chiffres de tension artérielle  Vous devez avoir fait vos prises de sang pour votre examen périodique    (Signature du médecin)    (date) | |  | **Clinique médicale**  adresse  *VOUS DEVEZ COMMUNIQUER avec nous :*  **entre : 8 h 30 et 16 h** pour prendre rendez-vous  dans : \_\_\_\_\_\_\_ mois au numéro de téléphone suivant :  **418-**  **Il est important d’apporter** **avec vous** lors de votre prochain rendez-vous :  Votre liste de médicaments à jour  Votre carnet de glycémie  Vos chiffres de tension artérielle  Vous devez avoir fait vos prises de sang pour votre examen périodique    (Signature du médecin)    (date) |