${name}
Adresse : ${location}

Téléphone : ${phone}
Numéro RPPS : ${RPPS}

Numéro FINESS : ${finess}

Date : ${date}

NOM, PRÉNOM et DATE DE NAISSANCE DU PATIENT

S’agit-il d’une pris en charge pour ALD : ${ald}

Faire pratiquer dans un laboratoire d’analyses médicales les analyses suivantes :

${list}

* ${item\_list}

${/list}

Signature :