



Carte d'adhésion au Programme NEST



Appartenant à :

Nom(s) :

Prénom(s) :

ID Patiente :

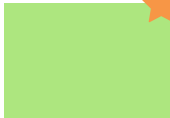
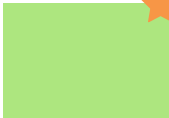
Date d'entrée dans le programme : / /

Je suis suivie par :

DDR : / /

DPA : / /

Dates des consultations effectuées :

Dates des échographies réalisées :

		
--	--	---