**Dr ……………………………… MEDECIN VASCULAIRE**

**ECHO DOPPLER VASCULAIRE- EXPLORATIONS FONCTIONNELLES VASCULAIRES**

**CARTOGRAPHIE VEINEUSE DES MEMBRES INFERIEURS**

Nom : Prénom : Date : DN :

Cartographie □ Initiale □ PREVAIT □ Post procédure thérapeutique N° dossier:

****