



23 OCT. 2019

Formulaire

Demande de Fibroscan

Informations relatives au patient	
Nom et prénom:	
Examen demandé	Mesure de l'élasticité hépatique
Date de la demande	Le .././....
Informations relatives au Médecin traitant:	
Médecin traitant :	
Nom et prénom	Cachet