



**PRESCRIPTION
ORDONNANCE MÉDICALE**



Name/Nom :

D.O.B/D.D.N. :

Address/Adresse :

Date :

.....

Diagnostic/Diagnostique :

.....

Prescription/Ordonnance :

Compression socks/Bas de compression 20-30 mmHG

Doctor's Signature/
Signature du médecin :

Michaud-Médical
Jean-François Michaud
1603, rue Louis-Durocher
Laval, Quebec, H7M 4G7
Tel: (514) 730-4385