

# LETTRE DE RÉFÉRENCE MÉDICALE

**Date:** 08/10/2025

## MÉDECIN RÉFÉRENT

**Nom:** Dr. Ayoub khouja  
**Spécialité:** Médecin Généraliste  
**Email:** rajet@gmail.com  
**Téléphone:** N/A

## MÉDECIN SPÉCIALISTE DESTINATAIRE

**Nom:** Dr. sami salah  
**Spécialité:** Cardiologie  
**Email:** sami@gmail.com  
**Téléphone:** +33603686743

## INFORMATIONS DU PATIENT

**Nom complet:** marouane benabdelkader  
**Date de naissance:** 11/10/2025  
**Âge:** -1 ans  
**Sexe:** Masculin  
**Téléphone:** +21626013248  
**Email:** marouane@gmail.com  
**Adresse:** Rue de la république

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

**Antécédents:**

aaaaaaa

**Allergies:**

aaaaa

## MOTIF DE LA RÉFÉRENCE

sami telhe bih

## NOTES ADDITIONNELLES

aaaaaaaaayayayaya

## CONTACT D'URGENCE

<b>Nom:</b>	Ben Salah Mohamed Dhia
<b>Téléphone:</b>	+21626013248
<b>Relation:</b>	ami

Ce document est confidentiel et destiné uniquement au professionnel de santé mentionné ci-dessus.