

(Adresse du médecin demandeur)

**(NOM , prénom, date de naissance)**  
(Numéro de l'examen)

## **Radiographies de l'articulation F / P du (date)**

### **Indications**

### **Description**

Rapports articulaires : physiologiques.

Structures osseuses : sans anomalie.

Parties molles : sans particularité.

Autres constatations : néant.

### **Conclusion**

**Pas d'anomalie mise en évidence.**

Avec nos remerciements et nos meilleures salutations.