

(Adresse du médecin demandeur)

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

## **Radiographies de l'épaule 4 incidences du (date)**

### **Indications**

### **Description**

Rapports articulaires : congruence physiologique, pas d'ascension de la tête humérale.

Structures osseuses : d'aspect normal pour l'âge.

Parties molles : pas de calcifications.

Autres constatations : néant.

### **Conclusion**

**Pas d'anomalie mise en évidence.**

Avec nos remerciements et nos meilleures salutations.