

**RAPPORT PREALABLE A LA DELIVRANCE**  
**DE L'ATTESTATION DE CAPACITE**

Je soussigné \_\_\_\_\_, Médecin chef de service,  
certifie que :

Melle, Mme, Mr

a accompli son stage de \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

et a effectué au cours de son stage :

**- Indiquer le nombre de tubages gastriques :**

- appréciation favorable \_\_\_\_\_ - défavorable \_\_\_\_\_ **Nombre :**

**- Indiquer le nombre de tubages duodénaux :**

- appréciation favorable \_\_\_\_\_ - défavorable \_\_\_\_\_ **Nombre :**

**- Indiquer le nombre de sondages vésicaux chez la femme :**

- appréciation favorable \_\_\_\_\_ - défavorable \_\_\_\_\_ **Nombre :**

**- Indiquer le nombre de prélèvements au niveau des téguments, des phanères,  
et des muqueuses facilement accessibles :**

- appréciation favorable \_\_\_\_\_ - défavorable \_\_\_\_\_ **Nombre :**

**- Indiquer le nombre de prélèvements de sang veineux - au capillaire, au  
lobule de l'oreille, à la pulpe des doigts, au dos de la main et en région malléolaire :**

\* - **Nombre au pli du coude :** \_\_\_\_\_ **Nombre total :** \_\_\_\_\_

- ( Ces prélèvements doivent être effectués sur une période de deux mois maximum ).

- appréciation favorable \_\_\_\_\_ - défavorable \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet