PRÉNOM	NOM	Numéro de permis à 7 chiffres	Type de rdv	Durée	Restriction d'âge	CSST (Périscope seulement)	SAAQ (Périscope seulement)	Téléconsultation	Autre info pertinente
Ex. : Bonjour	*Santé*	*1234567*	*Patients Réseau*	*30*	*18 et plus*	*Oui*	*Oui*	*Oui*	
Ex. : Bonjour	*Santé*	*1234567*	*Patients GMF*	*15*	*5 ans et moins*	*Non*	*Non*	*Non*	
***Ajoutez une ligne par type de rendez-vous par professionnel**									