

Identification du prescripteur :

Identification du patient :

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

A compter du/...../.....

Prescription poursemaine, à renouveler.....fois

Forfait livraison oxygénothérapie AVF (consommables, bouteilles oxygène médical gazeux, masque naso-buccal haute concentration).

Forfait hebdomadaire oxygénothérapie AVF

A raison de :

.....litres/minute

.....utilisation selon les besoins

Signature :

Nombre de cases cochées :

Prescription SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)
