

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 pour .....semaine, à renouveler.....fois

L'état de santé de ..... nécessite une nutrition entérale par gravité, forfait 1, à domicile pour une durée de..... semaine(s) avec :

Forfait de première installation de nutrition entérale

Forfait hebdomadaire de nutrition entérale par :

Gravité (forfait 1)

Pompe (forfait 2)

Sonde nasogastrique CH :..... à raison de .....par mois

Location d'un pied à sérum

Nécessaire pour sondage nasogastrique pour adulte tous les ..... jours

Nécessaire pour soins de gastrostomie ou jéjunostomie tous les ..... jours

Nécessaire en cas de remplacement de sonde de gastrostomie

Un prolongateur de bouton de gastrostomie, à renouveler tous les 7 jours

Nutriments :

....., ..... ml ..... fois par jour

....., ..... ml ..... fois par jour

....., ..... ml ..... fois par jour

Signature : .....

Nombre de cases cochées : .....

---

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

---