

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

Achat d'une sonde de gastrostomie de remplacement

1ère installation     Remplacement

Marque : .....

Modèle : .....

Charrière : .....

Achat d'une sonde de jéjunostomie de remplacement

1ère installation     Remplacement

Marque : .....

Modèle : .....

Charrière : .....

Signature : .....

Nombre de cases cochées : .....

---

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

---