

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

Location hebdomadaire d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle

ou

Achat d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle.

Accessoires nécessaires

Repose-jambe Droit Gauche

Repose pieds

Roulettes anti bascule

Accoudoirs escamotables

Sangle de maintien

Tige de sérum

Achat coussin anti-escarres

Forfait livraison à domicile

Taille du patient :..... Poids du patient :.....

Enfant Adulte

Signature :

Nombre de cases cochées :

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