

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

Faire pratiquer à domicile par IDE spécialisé(e) en oncologie, tous les jours, dimanche et jours fériés compris, une perfusion de ..... par l'intermédiaire d'un chambre implantable.

- Préparation et pose d'un gripper sur chambre implantable avec changement de gripper un fois par semaine.
- Préparation et pose de la perfusion à ..... heures.
- Arrêt et rinçage de la perfusion à ..... heures.
- Pansement à chaque passage.

Signature : .....

---

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

---