

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 mensuelle d'un appareil de neurostimulation transcutanée pendant mois (durée max autorisée 6 mois) Type facultatif

ou

Achat (après une durée de 6 mois de location) d'un appareil de neurostimulation transcutanée

Gate control seul

Gate control + Endorphinique

Gate excito-moteur

Sélectionner le programme N° :

..... Nombre de séances par jour

Achat de Lots, 4 électrodes souples autocollantes 2 lots / mois à renouveler..... fois.

Signature :

Nombre de cases cochées :

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