

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

Oxygénothérapie à long terme (nécessite une demande d'entente préalable) :

L'état de santé de Mme ou M. .... nécessite la délivrance d'une oxygénothérapie à long terme :

En poste fixe (concentrateur) - Forfait 1

De déambulation (cuve oxygène liquide + réservoir portable) - Forfait 2

..... l/minutes ..... heures par jour

Fourniture de :

Lunettes à oxygène, 2 unités minimum par mois

Masque à oxygène, 2 unités minimum par mois

Signature : .....

Nombre de cases cochées : .....

---

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

---