

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 pendant mois d'un Appareil à Pression Positive Continue

Pression continue(CPAP) Autopilotée

Pression :.....cm H2O

Pression mini :

Pression maxi :

Cflex :.....

Aflex :

Rampe:

Humidificateur

Oxygène l/min

Masque :

facial

nasal

Signature :

Nombre de cases cochées :

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