

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

Perfusion à domicile :

Location d'un Pousse seringue Fixe

Location d'un Pousse seringue Ambulatoire

1 voie

2 voies et +

Location d'un pied à sérum

Accessoires

..... Set de pose

..... Set de remplissage

Forfait de mise à disposition du matériel

Achat de set de remplissage pour pousse seringue

Signature :

Nombre de cases cochées :

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