

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

Achat d'un siège coquille avec cales et maintien auto accrochables, pied support télescopique, repose pieds réglable, et tablette amovible.

Taille du patient :..... Poids du patient :.....

Equipement anti-escarres

Signature :

Nombre de cases cochées :

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