

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

Location hebdomadaire d'un soulève malade mécanique ou électrique.

Achat des sangles pour soulève malade mécanique ou électrique.

Forfait de livraison à domicile d'un soulève malade.

Signature : .....

Nombre de cases cochées : .....

---

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

---