

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 pendant ..... mois d'un Appareil pour Ventilation Non Invasive (nécessite une demande d'entente préalable)

- Mode :
- IPAP :
- EPAP : Fréquence respiratoire :
- Temps inspiratoire (TI) :
- Temps de montée en pression :
- Durée de rampe :
- Pression de début de rampe :

Signature : .....

Nombre de cases cochées : .....

---

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

---