

Identification du prescripteur :

Identification du patient :

Date :

---

Prescription relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONERANTE)

---

Location d'un tire lait et ses accessoires pour toute la durée de l'allaitement

Simple     Double

Achat d'une téterelle pour tire lait

Simple     Double

Date : .....

Signature : .....

---

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

---