

Coordonnées prescripteur avec
N° d'identification professionnel

Coordonnées patient (nom, prénom)

Date : / /

Prescription relative au traitement de l'Affection de Longue Durée

produits, quantités, durée maximale de traitement ou nombre de renouvellement

- ✓ **Marque prescrite :**
 - Matériel complémentaire :

- ✓ **Taille :**
 - Largeur des bandes :
 - Circonférence de la cheville :
 - Allergie au latex connue : Oui Non

- ✓ **Nombre** (*indiquer la quantité suffisante pour 1 mois*) : boîte(s) de

- ✓ **Fréquence de renouvellement** (*si bandes non lavables*):
 - Utiliser une nouvelle boîte à chaque changement de pansement
 - Autre :

- ✓ **Durée :**
 - Renouveler la prescription jusqu'à cicatrisation complète
 - Renouveler pendant mois
 - Autre :

Prescription SANS RAPPORT avec l'Affection de Longue Durée

produits, quantités, durée maximale de traitement ou nombre de renouvellement