

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