



JOFFRAY COMBERNOUX
INFIRMIER INDÉPENDANT

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Intervention Infirmier à Domicile

A / Renseignements Administratifs :

Nom / Prénom :

Date de Naissance :

Adresse / NPA :

Assureur / N°AVS :

Téléphone / Email :

B / Type(s) d'intervention(s) souhaitée(s) :

☐ Prise en charge antibiothérapie du au sur voie
périphérique/centrale

Molécule : sur minutes dans ml de NaCl 0.9 % / G5 %

Fréquence de passage : fois / jour

☐ Réfection du pansement de Picline / Midline – 1 fois par semaine

☐ Pose et entretien d'une voie veineuse périphérique

C / Médecin prescripteur-rice :

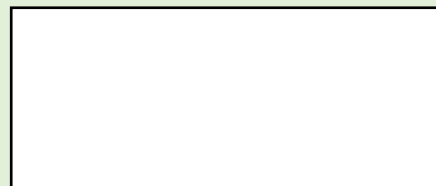
Médecin Prescripteur :

Adresse :

Téléphone :

Date de prescription :

Renouvelable : fois



Signature + Timbre (incl. N°RCC)