

## 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-riche :**


Médecin Prescripteur :

Adresse :

Téléphone :

Date de prescription :

Renouvelable : .... fois



Signature + Timbre (incl. N°RCC)