

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Intervention Infirmier à Domicile

A / Renseignements Administratifs :	
Nom / Prénom :	
Date de Naissance :	
Adresse / NPA :	
Assureur / N°AVS :	
Téléphone / Email :	
B / Type d'intervention souhaitée :	
	t Démass
☐ Réalisation d'une oxymétrie à domicile – Pose e	
Réalisation d'une polygraphie à domicile – Pose	et Dépose
☐ Native	☐ O2 I/min ☐ Air Ambiant
□ VNI / CPAP	
Déla	ni de réalisation souhaité :
C / Médecin prescripteur-rice :	
Médecin Prescripteur :	
Adresse:	
Téléphone :	
Date de prescription :	
Renouvelable : fois	Signature + Timbre (incl. N°RCC)

Combernoux Joffray – Infirmier à Domicile – N°RCC : B904933 Contact : +41 77.413.64.45 ou <u>infirmier-combernoux@pm.me</u>

Website: www.respandcare.ch