



## 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 :**

Prise de sang à domicile :

Frottis Nasopharyngé :

Date Souhaitée :

Analyses souhaitées :

### **C / Médecin prescripteur-rice :**

Médecin Prescripteur :

Adresse :

Téléphone :

Date de prescription :

Renouvelable : .... fois

Signature + Timbre (incl. N°RCC)

Combernoux Joffray & Akakpo Léon – Infirmiers à Domicile – Cabinet RespAndCare

Contact : +41 77.413.64.45 / +41 79.790.02.84 ou [respandcare@hin.ch](mailto:respandcare@hin.ch)

Website : [www.respandcare.ch](http://www.respandcare.ch)