

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)