

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Intervention Infirmier à Domicile

A / Renseignements Administratifs :

Nom / Prénom :

Date de Naissance :

Adresse / NPA :

Assureur / N°AVS :

Téléphone / Email :

B / Types d'interventions souhaitées :

- ☐ Soins d'hygiène à domicile – /7 - x /jour + Prévention du risque d'escarre
- ☐ Contrôle des paramètres vitaux /7
- ☐ Gestion de la glycémie et de l'insuline - /7 - x/jour.
- ☐ Préparation du pilulier /7
- ☐ Surveillance de la prise médicamenteuse /7
- ☐ Pose et dépose de bas/bande de contention /7

C / Médecin prescripteur-rice :

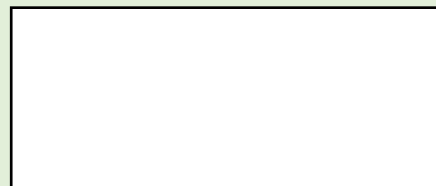
Médecin Prescripteur :

Adresse :

Téléphone :

Date de prescription :

Renouvelable : fois



Signature + Timbre (incl. N°RCC)