

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 d'une colostomie / urostomie	
Fréquence de changement de poche : fois / jour	
Fréquence de changement de socle : fois / semaine	
The question and all all all all all all all all all al	
Protocole :	
Trotocoic .	
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

Website: www.respandcare.ch