



JOFFRAY COMBERNOUX  
INFIRMIER INDÉPENDANT

## 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

Protocole :

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

Médecin Prescripteur :

Adresse :

Téléphone :

Date de prescription :

Renouvelable : .... fois



Signature + Timbre (incl. N°RCC)