



CPTS
COEUR ESSONNE

Modèle d'ordonnance pour administration et surveillance d'une thérapeutique orale

Identification du prescripteur

NOM, Prénom

n°ADELI

ou n°FINESS de l'établissement

Le / /

Identification du patient

NOM, Prénom

date de naissance

Soins en rapport avec une ALD exonérante:

☐ OUI

☐ NON

Faire pratiquer par une IDE à domicile, l'administration et la surveillance d'une
thérapeutique orale,

..... fois par jour, dimanches et jours fériés inclus.

QSP 6 mois à renouveler

Signature du prescripteur:
