



Modèle d'ordonnance pour un patient insulino traité

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,

tous les jours, dimanches et jours fériés inclus.

Surveillance et observation de la glycémie capillaire fois par jour

Injection d'insuline

Nature d'insuline:

Nombre d'injections par jour:

Nécessité d'au moins un passage entre 21h00 et 7h00

QSP 6 mois à renouveler

Signature du prescripteur: