

## Administration et surveillance d'une thérapeutique orale

Identification du prescripteur

NOM, Prénom

Numéro RPPS

Numéro AM ou FINESS établissement

Le.....20....

Identification du patient

NOM, Prénom

Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD exonérante :    Oui             Non

Faire pratiquer par IDE à domicile à compter du .....

Administration et surveillance d'une thérapeutique orale chez un patient ayant

- des troubles cognitifs
- des troubles psychiatriques
- 
- ..... fois par jour, tous les jours (dimanche et jours fériés inclus)
- Pendant .... mois

Cachet et signature du prescripteur