

Ordonnance pour un patient insulino-traité

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 à domicile par une IDE tous les jours (dimanche et jours fériés inclus) à compter du :

- Surveillance et observation de la glycémie capillaire.....fois par jour
- Injection d'insuline(s) : (*Nombre d'injection d'insuline par jour, nature d'insuline, et horaires ou matin, midi, soir des injections*)

Protocole :

	Fréquence
Lente	
Rapide	
Autres	

Commentaires :

.....
.....

- Pendant..... mois

Cachet et signature du prescripteur