

PRESCRIPTION INFIRMIERE Arrêté du 13 avril 2007

Identification de l'infirmier(e)	Identification du patient
	Nom : Prénom : N° S.S. :

En rapport avec l'ALD :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Médecin informé :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Traitement pour :

Date :

Signature :