

## Modèle d'ordonnance IDE n°2 pour pansement

Identification du prescripteur

NOM, Prénom

Numéro RPPS

Numéro AM ou FINESS établissement

Le.....20....

Identification du patient :

NOM, Prénom

Date de naissance

*A compléter pour chaque localisation de pansement :*

Soins en rapport avec une ALD exonérante :    Oui             Non

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

A domicile     Au cabinet             Dimanche et Jours Fériés

- Localisation de la plaie :
- Type de plaie:
  - Ulcère
  - Escarre
  - Brûlure
  - Plaie Diabétique (Patient sous insuline oui / non)
- Si besoin, préciser :
  - Irrigation
  - Méchage
  - Détersion
  - Autre : .....
- Classe de pansement ou marque :
- Fréquence de renouvellement du pansement :
- Pendant ..... jours
- Nécessité d'une anesthésie topique ?
  - Oui             Non

Cachet et signature du prescripteur