

Modèle d'ordonnance IDE n°5 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) : nom(s), horaires (*si nécessité médicale, apposer la mention « nuit » ou « intervalle de 12 heures » si 2 injections/jour*)
- Pendant..... mois

Cachet et signature du prescripteur