

Identification Prescripteur

Nom : _____

RPPS : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Etablissement : _____

N° Finess : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tampon

Identification Patient

Nom : _____

Prénom : _____

N°sécu : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date naissance : ____ / ____ / ____ Poids : ____

Date : _____

MATERIEL MEDICAL

L'état de santé de Mme/Mr nécessite

LIT ET SON ENVIRONNEMENT

La location et la livraison d'un lit médicalisé avec barrières, ses accessoires

La délivrance d'un matelas anti-escarre classe II

La délivrance d'un matelas à air avec compresseur

La location et la livraison d'un lève malade avec achats de sangles

REPOS ET MOBILITE

L'achat d'un déambulateur simple ou avec 2 roues ou 3 roues

La délivrance d'un fauteuil de transfert

L'achat d'un fauteuil garde percée avec accoudoirs et seau

La location ou l'achat d'un fauteuil roulant avec accoudoirs, repose jambes et pieds

L'achat d'un fauteuil VHP à pousser inclinable + appareil de soutien de la tête

L'achat d'un coussin viscoélastique classe II

RESPIRATOIRE

La location d'un aérosol pneumatique avec nébuliseur et masque

La mise en place d'une oxygénothérapie au débit L/min

La location d'un appareil d'aspiration trachéale et ses canules

Ordonnance pour....., renouvelable fois

Signature du prescripteur