

**Ordonnance renouvelable Incontinence****Prescripteur**

Timbre / Signature

Institution:

Nom :

Date :

Validité :            mois

**Renseignements personnels**

Mme / M.	
Prénom    Nom	
Rue        N°	
NPA        Lieu	
Téléphone	
Date de naissance	
Assurance	
N° d'assurance	

**Type d'incontinence****Thérapie**

- |                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie  | <input type="checkbox"/> Incontinence moyenne | <input type="checkbox"/> Sonde à usage unique (ISK) |
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Incontinence sévère  | <input type="checkbox"/> Sonde à demeure            |
| <input type="checkbox"/> AI       | <input type="checkbox"/> Incontinence totale  | <input type="checkbox"/> Irrigation anale           |
|                                   |   | <input type="checkbox"/>                            |

N° d'article	Produit	Quantité

**Remarques**