

Ordonnance renouvelable stomathérapie

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 de stomathérapie

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Colostomie | <input type="checkbox"/> temporaire | <input type="checkbox"/> définitif |
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Ileostomie | <input type="checkbox"/> temporaire | <input type="checkbox"/> définitif |
| <input type="checkbox"/> AI | <input type="checkbox"/> Fistules | <input type="checkbox"/> temporaire | <input type="checkbox"/> définitif |
| | <input type="checkbox"/> Urostomie | | |

N° d'article	Produit	Quantité

- Découper à (mm) Découper selon le gabarit

Remarques