

Demande de perfusion / injection / enseignement

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Téléphone :

Diagnostic principal (comorbidités, antécédents et informations médicales relatives) :

.....

.....

Allergies (préciser le type d'allergie et le niveau de gravité) :

.....

Traitement demandé (préciser le nom du médicament) :

Antibiotique :

Antiviral :

Anticorps monoclonal :

Biphosphonate :

Anti-TNF :

Corticostéroïde :

Immunosuppresseur :

Ferritique :

Vitaminique :

Vaccin :

Enseignement de traitement (sous-cutanée) :

Autre :

Dosage / posologie / voie d'administration / forme d'administration (stylo/seringue) :

.....

.....

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Téléphone :

E-mail :

Date :

Tampon et signature :