

ORDONNANCE DE MATÉRIEL MÉDICAL POUR ALIMENTATION ORALE

| | |
|--|---|
| <i>Identification Prescripteur & Tampon signature</i> Nom : RPPS : Etablissement : N° Finess : | <i>Identification Patient</i> Nom : Prénom : N°sécu : Date naissance : Poids : |
|--|---|

DATE :

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONERANTE)

Son état de santé nécessite la prescription des compléments nutritionnels oraux suivant :

Nutrition orales adulte HP/HC : 1 2 3 4 fois par jour

Avec Glucose Sans glucose (diabète)

Texture : jus lactés crème soupes plat mixé purée

Aliments hyperprotéinés pain ou biscuits : 1 2 3 4 fois par jour

Poudre de protéine a ajouté aux plats cuisinées : 1 2 3 boites par mois

Marques si besoin :

Ordonnance pour 6 mois.

Prescription SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIE INTERCURRENTES)
