

ORDONNANCE DE MATÉRIEL MÉDICAL POUR STOMIE DIGESTIVE OU UROLOGIQUE

<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 dispositifs médicaux suivant :

Colostomie <input type="checkbox"/>	Iléostomie <input type="checkbox"/>	Urostomie <input type="checkbox"/>
1 pièce <input type="checkbox"/> ou 2 pièces <input type="checkbox"/>	Adhésif <input type="checkbox"/> ou Mécanique <input type="checkbox"/>	
Poche : Fermée <input type="checkbox"/> Vidangeable <input type="checkbox"/>	Convexe <input type="checkbox"/> ou Plat <input type="checkbox"/>	
Nombre par jour (1 à 10) :		pendant 12 mois
Marque si besoin :		
Ordonnance pour 12 mois		

Accessoires :

Ceintures de stomie

Protecteur sous forme de pâte ou d'anneaux : 1 à 3 par jour

Poudre désodorisante : 1 à 3 par jour

Spray pour retrait d'adhésif : 1 à 2 par jour

Compresse : 3 boites par mois

Ordonnance pour 12 mois

Prescription SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIE INTERCURRENTES)