

## ORDONNANCE DE MATERIEL MEDICAL POUR MAINTIEN A DOMICILE

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

DATE :

---

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

(AFFECTION EXONERANTE)

---

Nécessite pour son repos, dans le cadre de son maintien à domicile et la médicalisation de son environnement , pour la prévention du risque élevé de survenue d'escarres et l'ergonomie de la famille et/ou du personnels soignants qui s'en occupent :

- La location et la livraison d'un lit médicalisé avec barrières et ses accessoires.  
Lppr : 124 17 63 + 127 40 47
- L'achat d'un matelas anti-escarres classe II.  
Lppr : 123 68 39
- L'achat d'un coussin de positionnement ergonomique pour tête.  
Lppr : 627 63 35
- La location et la livraison d'un lève malade avec achats de sangles.  
Lppr : 123 17 82 + 127 21 95 + 623 36 10
- L'achat d'un fauteuil à pousser avec coussin anti-escarres et appui tête.  
Lppr : 925 99 69 + 625 99 70 + 125 37 66

Ordonnance pour 12 mois

---

Prescription SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIE INTERCURRENTES)

---