

ORDONNANCE DE MATÉRIEL MÉDICAL POUR OXYGENOTHERAPIE SOINS PALIATIFS

<i>Identification Prescripteur & 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 ses besoins en oxygène, dans le cadre de médicalisation de son environnement :

- La location et livraison d'un concentrateur à oxygène fixe ou mobile

- Débit défini en L/minute : 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Ou

- Débit à définir en fonction de la saturation

- En débit continu sur 24h ou _____ heures / jour

- Masque de haute concentration & lunettes

- Oxymètre de pouls

Forfait ODYSP, LPPR :

Ordonnance pour 3 mois, renouvelable 1 fois.

Prescription SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIE INTERCURRENTES)
