

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE OXYGENOTHERAPIE

☐

INSTALLATION

☐

RECUPERATION

<u>PATIENT :</u> <u>NOM :</u> <u>PRENOM :</u> <u>TEL. :</u> <u>DATE DE NAISSANCE :</u> <u>N° SECU :</u> <u>MUTUELLE :</u> <u>N° AMC :</u> <u>PHARMACIE :</u>	<u>INSTALLATION :</u> <u>ADRESSE :</u> <u>DATE:</u> <u>HORAIRE SOUHAITEE:</u> <u>NOM/TEL. FAMILLE :</u> <u>PASSAGE A LA PHARMACIE :</u> OUI ☐ NON ☐ SI OUI ? PERSONNE A DEMANDER :
--	--

Prescription : L/mn h/jour

Prescripteur :

<u>NOM :</u>	<u>PRENOM :</u>
<u>ADRESSE :</u>	
<u>SPECIALITE :</u>	<u>SERVICE :</u>

Type d'appareillage : CONCENTRATEUR

☐

OXYGENE GAZEUX

☐

JOINDRE LA PRESCRIPTION MEDICALE