

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE OXYGENOTHERAPIE

INSTALLATION

RECUPERATION

<p style="text-align: center;"><u>PATIENT :</u></p> <p><u>NOM :</u></p> <p><u>PRENOM :</u></p> <p><u>TEL. :</u></p> <p><u>DATE DE NAISSANCE :</u></p> <p><u>N° SECU :</u></p> <p><u>MUTUELLE :</u></p> <p><u>N° AMC :</u></p>	<p style="text-align: center;"><u>INSTALLATION :</u></p> <p><u>ADRESSE :</u></p> <p><u>DATE:</u> <u>HORAIRE SOUHAITEE:</u></p> <p><u>NOM/TEL. FAMILLE :</u></p>
<p><u>PHARMACIE :</u></p>	<p><u>PASSAGE A LA PHARMACIE :</u></p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>SI OUI ? PERSONNE A DEMANDER :</p>

SI LE PATIENT EST SOUS TRAITEMENT D'APNEE DU SOMMEIL (PPC),
LE PRESTATAIRE AYANT INSTALLE LA PPC
DOIT ETRE AUSSI CELUI QUI FOURNIT L'OXYGENE.

PRESCRIPTION : L/mn h/jour

PRESCRIPTEUR :

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

JOINDRE LA PRESCRIPTION MEDICALE