

Prescription Médicale pour soin médical délégué CAM

Identité du patient :

NOM : Prénom : Date de naissance :

Traitement demandé :

Médicaments injectables :

	Nom du médicament	Dosage /jour	prémédication nécessaire	Durée du traitement	Intervalle	Dès le (date)
<input type="radio"/> Perfusion IV						
<input type="radio"/> Injection IM						
<input type="radio"/> Injection SC						

Transfusion de concentrés érythrocytaires ou unités plaquettaires

	Nombre de flacons ou d'unités	Quantité /jour	Durée du traitement	intervalle	Dès le
<input type="radio"/> Concentré érythrocytaire					
<input type="radio"/> Unité plaquettaire					

→ **Prise de sang faite la veille :** Oui Non

→ **prescription particulière durant le traitement :**

Pansement

Localité	Soins spécifiques à réaliser (antiseptiques, Etc...)	Nombre de fois /jour	Durée du traitement

Autres traitements :

	Quantité / ml	intervalle	Dès le	Autres soins	Dès le
Exfusion					
Lavement évacuateur					

Médication en cours :

Allergies et antécédents médicaux :

Date de prescription : **Nom du médecin demandeur et Signature :**

N° de téléphone du médecin en cas d'urgence :

