

Identification du prescripteur  
NOM, Prénom  
Numéro RPPS  
Numéro AM ou FINESS établissement

Le.....20....

Identification du patient :  
NOM, Prénom  
Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui  Non   
Soins en rapport avec un accident de travail Oui  date AT. Non   
Soins en rapport maternité date début de grossesse ou date accouchement

Faire pratiquer par IDE à compter du .....

A domicile  Au cabinet

### Localisation de la plaie

- Pansement courant
  - Pansement post opératoire
  - Exérèse (varice)
  - Ablation d'agrafes
  - Surveillance de drain et/ou retrait
  - Surveillance cathéter péri-nerveux et/ou retrait
  - Surveillance redon et/ou retrait
  - Pansement de plaie opératoire chirurgie mammaire ou abdominoplastie
- Si besoin, préciser :
- Irrigation  Détersion  Méchage

### Fréquence de renouvellement du pansement

- Strictement quotidien (DJF compris)  Oui  Non
- Tous les ...../jours..... /semaine (DJF compris)
- Pendant ..... jours
- Nécessité d'une anesthésie topique ?
  - Oui  Non

Cachet et signature du prescripteur