

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 d'ulcère supérieur à 60cm²
- Pansement d'ulcère ou de greffe cutanée avec pose de compression
- Pansement d'escarre avec atteinte muscle ou tendon
- Pansement de stomie
- Pansement trachéotomie ou et changement de canule
- Pansement brûlure supérieur à 5% de la surface corporelle et ou par suite de radiothérapie supérieur à 2% de la surface corporelle
- Pansement d'amputation
- Pansement de fistule digestive
- Pansement pour perte de substance de traumatiques ou néoplasiques, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses
- Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé

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