

**Modèle d'ordonnance n°4 pour surveillance et observation lors de la mise en œuvre d'un traitement
ou lors de la modification de celui-ci**

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

Faire pratiquer par IDE à domicile à compter du

- Surveillance et observation du traitement
- tous les jours (dimanche et jours fériés inclus)
- Pendant jours (*maximum 15 passages*)

Cachet et signature du prescripteur