

### Modèle d'ordonnance n° 3 pour administration et surveillance d'une thérapeutique orale

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 .....

- Administration et surveillance d'une thérapeutique orale
- ..... fois par jour, tous les jours (dimanche et jours fériés inclus)
- Pendant ..... jours

Cachet et signature du prescripteur