

## Modèle d'ordonnance n°5 pour un patient insulino-traité

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 à domicile par une IDE tous les jours (dimanche et jours fériés inclus) à compter du  
.....:

- Surveillance et observation de la glycémie capillaire.....fois par jour
- Injection d'insuline(s) : Nombre d'injection d'insuline par jour, nature d'insuline, et horaires ou matin, midi, soir des injections
- Pendant..... mois

Cachet et signature du prescripteur