**Modèle d’ordonnance n°1 de prescription pour injection**

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 une IDE à compter du ……………………….. :

□ A domicile □ Au cabinet

* Une injection de ……………………….…...
* Voie d’abord : ………………………….
* Fréquence et/ou horaire de passage : (*si nécessité médicale, apposer la mention « nuit» ou « intervalle de 12 heures » si 2 injections/jour)*
* Les jours d’intervention (*préciser si dimanche et jours fériés inclus*)
* Pendant…………. jours

Cachet et signature du prescripteur