**Modèle d’ordonnance n°2 pour pansement**

Identification du prescripteur

NOM, Prénom

Numéro RPPS

Numéro AM ou FINESS établissement

Le……………...20….

Identification du patient :

NOM, Prénom

Date de naissance

*A compléter pour chaque localisation de pansement :*

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui□ Non□

Faire pratiquer par IDE à compter du ………………

□ A domicile □ Au cabinet

* Localisation de la plaie :
* Classe de pansement ou marque :
* Si besoin, préciser :

□ Irrigation

□ Détersion

□ Méchage

□ Autre : ……

* Fréquence de renouvellement du pansement :
* Pendant ………… jours
* Nécessité d’une anesthésie topique ?

□ Oui

□ Non

Cachet et signature du prescripteur