**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