**Modèle d’ordonnance n°4 pour surveillance et observation lors de la mise en œuvre d’un traitement ou lors de la modification de celui-ci**

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 …………….

* Surveillance et observation du traitement
* tous les jours (dimanche et jours fériés inclus)
* Pendant ….. jours (*maximum 15 passages*)

Cachet et signature du prescripteur