

Prescription de perfusion en ambulatoire

Selon besoin, possible 7 /7 jours

Patient

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Téléphone :
Adresse :	
N° de carte d'assuré si disponible, commence par 807560	
(permet d'importer les données administratives)	

Diagnostic en lien avec la perfusion

--

Autre(s) diagnostic(s) en cours

--

Prescription du traitement en IV

<input checked="" type="checkbox"/> Ce document fait office d'ordonnance. Le CMGV procure le médicament pour le patient.	Le patient reçoit de votre part une ordonnance séparément et apporte le médicament à injecter.
Médicaments	
Dosage	
Nombre de perfusion	● 1 2 3 4 5 6 7 Autre :
Intervalle entre 2 doses (jour)	● 1 2 3 4 5 6 7 Autre :
Début du traitement souhaité	Le
Le patient a-t-il déjà reçu au préalable ce traitement ?	non oui, avec bonne tolérance ● pas d'information
Remarque:	
Par ma signature, je confirme avoir expliqué les risques et bénéfices du traitement au patient et avoir obtenu son consentement éclairé	

Demande réalisée par

Nom du médecin (Tampon)	Date	Signature

- ❶ Merci d'envoyer cette demande à : info@cmgr.ch
- ❷ Nous convoquons le patient une fois cette prescription reçue