

## 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 séparemment et apporte le médicament à injecter.
Médicaments	
Dosage	
Nombre de perfusion	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> Autre :
Intervalle entre 2 doses (jour)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> Autre :
Début du traitement souhaité	Le
Le patient a-t-il déjà reçu au préalable ce traitement ?	non oui, avec bonne tolérance <input type="radio"/> pas d'information
Remarque:	
<b>Par ma signature, je confirme avoir expliqué les risques et bénéfices du traitement au patient et avoir obtenu son consentement éclairé</b>	

### Demande réalisée par

Nom du médecin (Tampon)	Date	Signature
-------------------------	------	-----------

- ① Merci d'envoyer cette demande à : [info@cmgr.ch](mailto:info@cmgr.ch)
- ② Nous convoquons le patient une fois cette prescription reçue