

Feuille de prescription destinée à :

- Proximos Fax : 022/420 64 81
 FSASD Fax : 022/420 20 21
 CSI Fax : 022/420 24 61
 Autre Fax :

PRESCRIPTION DE NUTRITION ARTIFICIELLE

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Localité :
 Etage : Code d'entrée :
 Téléphone :
 Tél. mobile :
 Assurance et N° Ass. :

Professionnels de contact

Médecin traitant :
Médecin prescripteur :
 Diététicien(ne) :
 Assistant(e) social(e) :
 Autre :
Unité d'hospitalisation :
Tél de l'unité :

Nutrition entérale

- totale de complément
 sonde nasogastrique
 gastrostomie
 jéjunostomie
 Autre.....
Référence sonde :

 Posée le :
 Administration par :
 Pompe Gravité Seringue

Nutrition parentérale

- totale de complément
 voie veineuse périphérique
 voie veineuse centrale
 chambre implantée (PAC)
 Posée le :
Taille Gripper :
 Administration par :
 Pompe portable
 Pompe volumétrique

Aspiration

- Laryngectomie : oui non
 Trachéotomie : oui non
 Aspiration bouche : oui non
Référence canule :

Taille sonde d'aspiration :
 Fréquence d'aspiration :
 Moyen de communication :
 SMS Fax Orale

Nom du produit	Dose unitaire	Posologie/24h	Débit	Horaires proposés

Diagnostic et commentaires :

Passage infirmier prévu : oui non Secteur : Fréquence :
 Autonomie du patient ou de son entourage : Totale partielle faible

Date de prescription médicale :

Signature du médecin et tampon :

Date de sortie de l'hôpital :
 Date d'intervention à domicile :
 Durée prévue du traitement :
 Prochain contrôle médical le :