

ORDONNANCE DE MEDICAMENTS D'EXCEPTION

Arrêté n°... de la Loi de Pays n°...

VOLET 1
à conserver
par l'assuré(e)

BENEFICIAIRE DES SOINS ET ASSURE(E)

BENEFICIAIRE DES SOINS (les lignes «nom» et «prénom» sont obligatoirement remplies par le médecin)

Nom suivi du nom d'épouse _____
Prénom(s) _____
DN _____ Né(e) le _____ à _____

ASSURE (E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré)

Nom suivi du nom d'épouse _____
Prénom(s) _____
DN _____ Né(e) le _____ à _____

A remplir impérativement en cas de changement d'adresse :

Adresse postale _____ Email _____
Adresse géographique _____
☎ Téléphone dom. _____ port. _____ bur. _____

PRESCRIPTION

Identification du prescripteur

Code prescripteur
obligatoire

Si le prescripteur exerce dans une structure,
identification de cette structure

A compléter par le prescripteur

Médicament prescrit
(marque ou générique)

Présentation :
forme, dosage, posologie,
voie d'administration

Durée du traitement

Régime de prise en charge

Maladie Soins en rapport avec une Longue Maladie oui non

Accident du travail ou maladie professionnelle : date _____

Je soussigné(e), Docteur _____, atteste que la prescription concernant le patient sus-visé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique en vigueur à la date de l'ordonnance du médicament.

S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

date _____ Signature du prescripteur _____

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN ou A L'ETABLISSEMENT

Identification du pharmacien

Code pharmacien
obligatoire

Cachet de l'établissement

A compléter par le pharmacien ou l'établissement

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

Date de délivrance _____