

PRESTATIONS TECHNIQUES SPÉCIFIQUES

Demandeur

Date d'appel :

Individuel / Groupe :

Nom du prestataire :

Prénom :

Patient

NISS : _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP / localité :

Plan de soins

Nom du prescripteur :

Prénom :

N° INAMI : _ - _ _ _ _ - _ _ - _ _

Mise en place et surveillance d'une perfusion intraveineuse sous-cutanée

Date de début durée : ___ jours semaines mois

à raison de ___ jours semaines mois

quantité _____ ml par 24h _____ gouttes par minute

du liquide spécifications :

Administration et surveillance de l'alimentation parentérale

Date de début : durée : ___ jours semaines mois

à raison de ___ jours semaines mois

quantité _____ ml par 24h _____ gouttes par minute

du liquide spécifications :

Réception du mail

Date :