

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

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@cmgv.ch ou fax 021 566 59 70
- ❷ Nous convoquons le patient une fois cette prescription reçue