

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

VOLET 1
à conserver
par l'assuré(e)

personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)

personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom BOURNEUF JEAN-LUC Nom utilisé BOURNEUF

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation 1 6 0 1 1 7 2 2 6 4 3 0 7 1 3

date de naissance 0 3 1 1 1 9 6 0

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

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

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

01 LES CROIX VERTE - 53290 SAINT DENIS D ANJOU

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Dr DINCUFF ELOÏSE



identifiant

1 0 1 0 1 5 2 0 8 6 3

raison sociale

HOPITAL DE CHATEAU GONTIER

adresse

1 QUAI G LEFEVRE - 53204 CHATEAU-GONTIER-SUR-MAYENNE

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 5 3 0 0 0 0 0 1 7

à compléter par le prescripteur

☒ médicament, indiquer son nom (marque ou générique) : ZOPHREN

☐ produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

8mg matin et soir les 5 jours suivant la chimiothérapie

2 cures / mois

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant 3 mois

conditions de prise en charge

maladie

soins en rapport avec une ALD : oui ☐

non ☐

soins dispensés au titre de l'art. L. 115 ☐

accident du travail ou maladie professionnelle ☐

date

Je soussigné(e), Docteur. Dr. DINCUFF. ELOÏSE....., atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

1 5 0 7 2 0 2 6

date

1 5 0 7 2 0 2 6

signature du prescripteur

identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

BENNET Samuel

identifiant

1 0 1 0 8 7 2 7 5 3 4

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

4 bte d'ondansetron 8mg 4cp lot X0730 exp 07-2030

2 bte d'ondansetron 8mg 2cp lot X0729 exp 07-2030

2 bte d'ondansetron 8mg 2cp lot X0729 exp 07-2030

2 bte d'ondansetron 8mg 2cp lot X0729 exp 07-2030

2 bte d'ondansetron 8mg 2cp lot X0729 exp 07-2030

2 bte d'ondansetron 8mg 2cp lot X0729 exp 07-2030

2 bte d'ondansetron 8mg 2cp lot X0729 exp 07-2030