

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 FORTIN DENIS Nom utilisé FORTIN

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

numéro d'immatriculation 1 8 4 0 2 7 2 2 6 4 0 2 2 4 5

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)

date de naissance 1 3 0 2 1 9 8 4

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)

16 RUE DU LAC - 49330 MIRE

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Mme TERRIEN LÉA

raison sociale

HOPITAL DE CHATEAU GONTIER

Docteur Amélie BELLEY

Gastro-entérologue

RPP 10101405048

Centre Hospitalier du Haut-Anjou

adresse

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

identifiant

53200 CHATEAU GONTIER SUR MAYENNE

n° structure

(AM, FINISS ou SIRET)

5 3 0 0 0 0 0 1 7

à compléter par le prescripteur

☒ médicament, indiquer son nom (marque ou générique) : AMGEVITA 80mg, stylo, voie sous-cutané

☐ 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

AMGEVITA 80mg, stylo : 1 injection sous-cutanée tous les 14 jours.

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 9 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. Mme TERRIEN LÉA, 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

0 1 0 6 2 0 2 6

date

0 1 0 6 2 0 2 6

signature du prescripteur

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

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

10001358946

n° structure

(AM, FINISS 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

lot 1196620A

AMGEVITA 80mg 2 Angerita 80mg 10/10/25
lot 12061948 exp 10/2028
n° 80016 80016 0969126 6 Angerita 80mg 10/10/25
lot 12061948 exp 10/2028

date de délivrance

16062026 2 Angerita 6 05/10/25 lot