

# Ordonnance

Date : 27/06/2017

Réfection des **PANSEMENTS** tous les 1 jours  
(jusqu'à 7 jours)

ALD

Hors ALD

**Ident. Prescripteur**

Nom du patient :

**FINESS Structure**

Prénom :

**N° & code barre RPPS**

Date de naissance :

**Type(s) de plaie(s) :**

Taille plaie (cm) :

**Localisation(s) :**

Taille (m) :

Poids (Kg) :

**Produits pour le nettoyage**

Aucun

**Type de sets**

Aucun

**Pansements primaires**

Aucun

**Pansements Secondaires**

Aucun

**Compression**

Aucune

**Commentaires du soins :**

A réévaluer tous les 7 jours

**Signature du prescripteur :**