Date : ....... / ....... / ...................

# Prescription relative au traitement de l’Affection de Longue Durée

*produits, quantités, durée maximale de traitement ou nombre de renouvellement*

* Marque prescrite : ……........…………………..................................................................................................................................
* Matériel complémentaire : ............................................................................................................................
* Taille :
  + Largeur des bandes : ….............…………..
  + Circonférence de la cheville : .................................
  + Allergie au latex connue :  Oui  Non
* Nombre (*indiquer la quantité suffisante pour 1 mois)* : .................. boite(s) de ...............
* Fréquence de renouvellement *(si bandes non lavables)* :
* Utiliser une nouvelle boîte à chaque changement de pansement
* Autre : ……………………………………………………………………………………………..
* Durée :
  + Renouveler la prescription jusqu’à cicatrisation complète
  + Renouveler pendant mois
  + Autre : …………………………………………………………………………………