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

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

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

* Marque prescrite : ……........…………………..................................................................................................................................
* Taille : .....………………….........................................................
* Nombre (*indiquer la quantité suffisante pour 1 mois)* : ..................boite(s) de ...............
* Durée :
	+ Renouveler la prescription jusqu’à cicatrisation complète
	+ Renouveler pendant mois
	+ Autre : …………………………………………………………………………………

# Prescription SANS RAPPORT avec l’Affection de Longue Durée

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