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*