

ORDONNANCE A.P.S.I

Allergènes Préparés Spécialement pour un seul Individu

(Article L. 4211-6 du Code de la Santé Publique)

PHOSTAL

Voie sous-cutanée,
adsorption sur Phosphate de Calcium 5mL

Bénéficiaire des soins

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____

 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél : _____ Mail : _____@_____
 Nom (si différent) : _____
 Adresse de livraison (si différente) : _____

 Code postal : _____ Ville : _____

En cas de renouvellement coller ici l'étiquette disponible sur votre précédente facture ou bon de livraison

SMS : Indiquez-nous votre N° de téléphone mobile. Vous recevrez des informations par SMS concernant le traitement de votre ordonnance

☎ _____

1^{ÈRE} PRÉPARATION

ALLERGÈNES PRESCRITS

..... %
 %

2^{ÈME} PRÉPARATION

ALLERGÈNES PRESCRITS

..... %
 %

Le médecin est seul habilité à remplir cette ordonnance

Se référer à la fiche "Traitements Phostal disponibles" reprenant les références et concentrations disponibles.
 Les mélanges autres que ceux indiqués sur cette fiche ne sont pas possibles.

NOTER DANS CHAQUE CASE LE NOMBRE DE FLACONS DÉSIRÉS (Péremption 6 mois)

Couleur capsule Unité : IR - IC/mL	Gris 0,01*	Jaune 0,1	Vert 1	Bleu 10	Couleur capsule Unité : IR - IC/mL	Gris 0,01*	Jaune 0,1	Vert 1	Bleu 10
Date de délivrance _____ <input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance	X				Date de délivrance _____ <input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance	X			
1 ^{er} renouvellement _____ ou dans mois	X				1 ^{er} renouvellement _____ ou dans mois	X			
2 ^{ème} renouvellement _____ ou dans mois	X				2 ^{ème} renouvellement _____ ou dans mois	X			

*Concentration disponible pour les patients très sensibles

*Concentration disponible pour les patients très sensibles

COMMENTAIRES

CACHET DU MÉDECIN

SIGNATURE DU MÉDECIN

Date : _____

L'ordonnance est valable 1 an

ORDONNANCE A.P.S.I

Allergènes Préparés Spécialement pour un seul Individu

(Article L. 4211-6 du Code de la Santé Publique)

PHOSTAL

Voie sous-cutanée,
adsorption sur Phosphate de Calcium 5mL

Bénéficiaire des soins

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____

 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél : _____ Mail : _____@_____
 Nom (si différent) : _____
 Adresse de livraison (si différente) : _____

 Code postal : _____ Ville : _____

En cas de renouvellement coller ici l'étiquette disponible sur votre précédente facture ou bon de livraison

SMS : Indiquez-nous votre N° de téléphone mobile. Vous recevrez des informations par SMS concernant le traitement de votre ordonnance

☎ _____

1^{ÈRE} PRÉPARATION

ALLERGÈNES PRESCRITS

..... %
 %

2^{ÈME} PRÉPARATION

ALLERGÈNES PRESCRITS

..... %
 %

Le médecin est seul habilité à remplir cette ordonnance

Se référer à la fiche "Traitements Phostal disponibles" reprenant les références et concentrations disponibles.
 Les mélanges autres que ceux indiqués sur cette fiche ne sont pas possibles.

NOTER DANS CHAQUE CASE LE NOMBRE DE FLACONS DÉSIRÉS (Péremption 6 mois)

Couleur capsule Unité : IR - IC/mL	Gris 0,01*	Jaune 0,1	Vert 1	Bleu 10	Couleur capsule Unité : IR - IC/mL	Gris 0,01*	Jaune 0,1	Vert 1	Bleu 10
Date de délivrance _____ <input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance	X				Date de délivrance _____ <input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance	X			
1 ^{er} renouvellement _____ ou dans mois	X				1 ^{er} renouvellement _____ ou dans mois	X			
2 ^{ème} renouvellement _____ ou dans mois	X				2 ^{ème} renouvellement _____ ou dans mois	X			

*Concentration disponible pour les patients très sensibles

*Concentration disponible pour les patients très sensibles

COMMENTAIRES

CACHET DU MÉDECIN

SIGNATURE DU MÉDECIN

Date : _____

L'ordonnance est valable 1 an

ORDONNANCE A.P.S.I

Allergènes Préparés Spécialement pour un seul Individu

(Article L. 4211-6 du Code de la Santé Publique)

PHOSTAL

Voie sous-cutanée,
adsorption sur Phosphate de Calcium 5mL

Bénéficiaire des soins

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____

 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél : _____ Mail : _____@_____
 Nom (si différent) : _____
 Adresse de livraison (si différente) : _____

 Code postal : _____ Ville : _____

En cas de renouvellement coller ici l'étiquette disponible sur votre précédente facture ou bon de livraison

SMS : Indiquez-nous votre N° de téléphone mobile. Vous recevrez des informations par SMS concernant le traitement de votre ordonnance

☎ _____

1^{ÈRE} PRÉPARATION

ALLERGÈNES PRESCRITS

..... %
 %

2^{ÈME} PRÉPARATION

ALLERGÈNES PRESCRITS

..... %
 %

Le médecin est seul habilité à remplir cette ordonnance

Se référer à la fiche "Traitements Phostal disponibles" reprenant les références et concentrations disponibles.
 Les mélanges autres que ceux indiqués sur cette fiche ne sont pas possibles.

NOTER DANS CHAQUE CASE LE NOMBRE DE FLACONS DÉSIRÉS (Péremption 6 mois)

Couleur capsule Unité : IR - IC/mL	Gris 0,01*	Jaune 0,1	Vert 1	Bleu 10	Couleur capsule Unité : IR - IC/mL	Gris 0,01*	Jaune 0,1	Vert 1	Bleu 10
Date de délivrance _____ <input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance	X				Date de délivrance _____ <input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance	X			
1 ^{er} renouvellement _____ ou dans mois	X				1 ^{er} renouvellement _____ ou dans mois	X			
2 ^{ème} renouvellement _____ ou dans mois	X				2 ^{ème} renouvellement _____ ou dans mois	X			

*Concentration disponible pour les patients très sensibles

*Concentration disponible pour les patients très sensibles

COMMENTAIRES

CACHET DU MÉDECIN

SIGNATURE DU MÉDECIN

Date : _____

L'ordonnance est valable 1 an