

Staloral®

ORDONNANCE A.P.S.I

Allergènes Préparés Spécialement pour un seul Individu
(Article L. 4211-6 du Code de la Santé Publique)

Bénéficiaire des soins

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Je consens à indiquer mon numéro de téléphone mobile et mon adresse mail* :

Nom (si différent) :

Adresse de livraison (si différente) :

Code postal : Ville :

En cas de renouvellement,
noter ici le numéro patient
commençant par 5 :

SITE DE SUIVI ORDO IZZY
www.ordoizzy.com



Site sécurisé pour déposer votre ordonnance, vos documents de mutuelle et de sécurité sociale et pour suivre votre livraison

* Afin de recevoir de la part de Stallergenes Greer des informations concernant le traitement de mon ordonnance, la livraison de mon traitement et le site Ordo IZZY.

Année de traitement : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} et plus

Prescription dans le cadre d'une Affection de Longue Durée (ALD)

1^{ÈRE} PRÉPARATION

ALLERGÈNES PRESCRITS

2^{ÈME} PRÉPARATION

ALLERGÈNES PRESCRITS

Se référer au catalogue reprenant les références et concentrations disponibles. Les mélanges autres que ceux indiqués ne sont pas possibles.

NOTER DANS CHAQUE CASE LE NOMBRE DE FLACONS DÉSIRÉS (péremption 6 mois maximum selon les références)

Couleur capsule Unité : IR - IC/mL	bleu 10	rouge 100*	violet 300*	Couleur capsule Unité : IR - IC/mL	bleu 10	rouge 100*	violet 300*
Date de délivrance <input type="text"/>				Date de délivrance <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance <small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance <small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>
1 ^{er} renouvellement <input type="text"/>				1 ^{er} renouvellement <input type="text"/>			
ou dans mois <small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	ou dans mois <small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>
2 ^{ème} renouvellement <input type="text"/>				2 ^{ème} renouvellement <input type="text"/>			
ou dans mois <small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	ou dans mois <small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>	<small>Nombre de flacons</small>

* Je confirme la concentration à 300IR/mL ou 100IR-IC/mL seule * Je confirme la concentration à 300IR/mL ou 100IR-IC/mL seule

COMMENTAIRES

CACHET DU MÉDECIN

SIGNATURE DU MÉDECIN

Date :

L'ordonnance est valable 1 an

VOLET N°3 : EXEMPLAIRE À CONSERVER PAR LE MÉDECIN (DOSSIER PATIENT)

Le médecin est le seul habilité à remplir cette ordonnance

01-0238-02-2025-001 - Février 2025