

# ORDONNANCE A.P.S.I

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

**STALORAL**

## 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 coller ici l'étiquette disponible sur votre bon de livraison.

**SITE DE SUIVI ORDO IZZY**  
[www.ordoizzy.com](http://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<sup>ère</sup>  2<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup> et plus

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

### 1<sup>ÈRE</sup> PRÉPARATION

#### ALLERGÈNES PRESCRITS

..... %  
..... %  
..... %

### 2<sup>ÈME</sup> 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*
Date de délivrance <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance			
1 <sup>er</sup> renouvellement <input type="text"/>			
ou dans ..... mois			
2 <sup>ème</sup> renouvellement <input type="text"/>			
ou dans ..... mois			

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

\* 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