

# 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 :

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<sup>ÈRE</sup> PRÉPARATION

### 2<sup>ÈME</sup> PRÉPARATION

#### ALLERGÈNES PRESCRITS

#### ALLERGÈNES PRESCRITS

..... %

..... %

..... %

..... %

..... %

..... %

Se référer au catalogue 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	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				<input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance			
1 <sup>er</sup> renouvellement <input type="text"/>				1 <sup>er</sup> renouvellement <input type="text"/>			
ou dans ..... mois				ou dans ..... mois			
2 <sup>ème</sup> renouvellement <input type="text"/>				2 <sup>ème</sup> renouvellement <input type="text"/>			
ou dans ..... mois				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°1 : À RENVoyer À STALLERGENES (6 rue Alexis de Tocqueville - 92160 Antony)

Le médecin est le seul habilité à remplir cette ordonnance

# 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 :

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<sup>ÈRE</sup> PRÉPARATION

### 2<sup>ÈME</sup> PRÉPARATION

#### ALLERGÈNES PRESCRITS

#### ALLERGÈNES PRESCRITS

..... %

..... %

..... %

..... %

..... %

..... %

Se référer au catalogue 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	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				<input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance			
1 <sup>er</sup> renouvellement <input type="text"/>				1 <sup>er</sup> renouvellement <input type="text"/>			
ou dans ..... mois				ou dans ..... mois			
2 <sup>ème</sup> renouvellement <input type="text"/>				2 <sup>ème</sup> renouvellement <input type="text"/>			
ou dans ..... mois				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°2 : EXEMPLAIRE À CONSERVER PAR LE PATIENT

Le médecin est le seul habilité à remplir cette ordonnance

# 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 :

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<sup>ÈRE</sup> PRÉPARATION

### 2<sup>ÈME</sup> PRÉPARATION

#### ALLERGÈNES PRESCRITS

#### ALLERGÈNES PRESCRITS

..... %

..... %

..... %

..... %

..... %

..... %

Se référer au catalogue 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	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				<input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance			
1 <sup>er</sup> renouvellement <input type="text"/>				1 <sup>er</sup> renouvellement <input type="text"/>			
ou dans ..... mois				ou dans ..... mois			
2 <sup>ème</sup> renouvellement <input type="text"/>				2 <sup>ème</sup> renouvellement <input type="text"/>			
ou dans ..... mois				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