

# 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 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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.ordoizy.com](http://www.ordoizy.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*	Couleur capsule Unité : IR - IC/mL	bleu 10	rouge 100*	violet 300*
Date de délivrance _____				Date de délivrance _____			
<input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance				<input type="checkbox"/> à réception de l'ordonnance			
1 <sup>er</sup> renouvellement _____				1 <sup>er</sup> renouvellement _____			
ou dans ..... mois				ou dans ..... mois			
2 <sup>ème</sup> renouvellement _____				2 <sup>ème</sup> renouvellement _____			
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 : A RENVoyer A STALLERGENES DIRECTEMENT SUR ORDOIZZY** (ou par courrier au 6 rue Alexis de Tocqueville - 92160 Antony)

Le médecin est le seul habilité à remplir cette ordonnance