

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.ordozzy.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)

Le médecin est le seul habilité à remplir cette ordonnance

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

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