

Identification du prescripteur

Identification du patient

Nom

Prénom

Date de naissance

Date : ..../..../....

**Prescriptions relatives au traitement de l’affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)**

**(AFFECTION EXONÉRANTE)**

- Faire au laboratoire
- Dosage de la vitamine B12

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l’affection de longue durée**

**(MALADIES INTERCURRENTES)**