

Identification du prescripteur

Adeli
Nom Prénom
Adresse professionnelle

Identification du patient

Nom
Prénom
Date de naissance ou âge

Le xx/xx/xx à

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)