

# Ordonnance renouvelable pour incontinence

Prescription à faxer à Publicare. Téléfax: 056 484 15 11



## Prescripteur:

Tampon/signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Validité en cas de maladie: 12 mois

## Renseignements personnels:

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Rue/n°: \_\_\_\_\_

NPA: \_\_\_\_\_

Localité: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

## Caisse-maladie:

Caisse-maladie: \_\_\_\_\_

Localité: \_\_\_\_\_

N° d'assurance: \_\_\_\_\_

N° de la décision de l'AI: \_\_\_\_\_

### OPAS/LiMA chapitre 15. / 99.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Incontinence moyenne | <input type="checkbox"/> Irrigation anale                          |
| <input type="checkbox"/> Maladie              | <input type="checkbox"/> Incontinence grave                        |
| <input type="checkbox"/> Accident             | <input type="checkbox"/> Incontinence totale                       |
| <input type="checkbox"/> AI                   | <input type="checkbox"/> ACI (auto-cathétérisation intermittente)* |
|   | <input type="checkbox"/> Fistule sus-pubienne                      |

\* Sans autre mention, on considérera qu'il s'agit d'un risque d'infection élevé.

N° d'article	Produits 1 <sup>ère</sup> livraison	Quantité 1 <sup>ère</sup> livraison
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Remarques:

**Fournisseur: Publicare AG**  
Vorderi Böde 9 | 5452 Oberrohrdorf  
Téléphone 056 484 15 00 | Téléfax 056 484 15 11  
N° RCC A7535.19