

Trajets de soins



Nom et prénom du prescripteur

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR:

nom et prénom

du bénéficiaire:

Réservé à la vignette
du conditionnement

R/

5510284

5510300

3 x 50 tigettes et 100 lancettes

TRAJET DE SOINS (TDS)

Cachet du prescripteur

Date et signature du prescripteur

Délivrable à partir de la date précitée ou
partir du:

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS