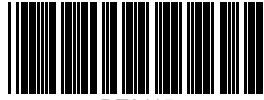


PRESCRIPTION DE PROTHÈSES ET D'ORTHÈSES



DT9115

Ne rien inscrire ici

Date de naissance N° chambre N° de dossier

Année Mois Jour

Nom et prénom à la naissance

Nom usuel ou nom du conjoint

Adresse

Code postal

Téléphone
ind. rég.

Sexe

M F

N° d'assurance maladie

Nom du médecin traitant

NATURE DE LA PRESCRIPTION

- Prothèse Appareil orthopédique Aide à la locomotion
 Orthèse * Autre appareil Aide à la posture
 Autre _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

DIAGNOSTIC ET INCAPACITÉ DE L'USAGER

Diagnostic :

Incapacité :

INFORMATIONS REQUISES LORS DE LA PRESCRIPTION D'UNE ORTHÈSE *

Nécessité du port quotidien : Oui Non **Si oui**, pour une période médicalement requise : de _____ mois À vie

Pour l'usager de moins de 19 ans, préciser quelle déformation l'orthèse doit corriger lorsqu'elle est **requise pour une durée inférieure à celle prévue au règlement, c'est-à-dire** : 6 mois pour une orthèse du membre inférieur, 3 mois pour une orthèse du tronc, 1 mois pour une orthèse du membre supérieur.

Préciser la durée totale du port quotidien pour l'ensemble des orthèses lorsque la réadaptation nécessitera le port quotidien de plus d'une orthèse de façon successive : ► mois

PRESCRIPTION

Signature du médecin prescripteur

Nom du médecin (en lettres moulées)

Numéro

Date

Année

Mois

Jour