**PRESCRIPTEUR :**

 **PATIENT :**

**Date :** ….......................

 Faire pratiquer par IDE, au domicile du patient, y compris dimanche et jours fériés :

Pour surveillance et observation du/de la patient(e) lors de la mise en œuvre d'un nouveau traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec surveillance de la glycémie capillaire …. x/j (le matin, midi, soir) et établissement d'une fiche de surveillance, avec un **maximum de quinze passages**.

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

# (MALADIES INTERCURRENTES)

 **Signature :**