**PRESCRIPTEUR :**

 **PATIENT :**

**Date :** ….......................

**Prescriptions relatives à l’affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)**

# (AFFECTION EXONERANTE)

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

* La surveillance, l’observation et l’adaptation des doses d’insuline en fonction du protocole médical et du contrôle extemporané.
* La tenue d’une fiche de surveillance ainsi que la transmission des informations si nécessaire.

* Surveillance de la glycémie capillaire ………….. fois/jour.
* ………. injection(s) sous-cutanée d’insuline lente ……………. à …………..h
* ………. injection(s) sous-cutanée d’insuline lente ……………. à …………..h
* ………. injection(s) sous-cutanée d’insuline rapide ……………. à …………..h
* ………. injection(s) sous-cutanée d’insuline rapide ……………. à …………..h
* ………. injection(s) sous-cutanée d’insuline rapide ……………. à …………..h
* Une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention

(Avec éducation du patient +/- entourage, vérification de l’observance et des effets secondaires du traitement, prévention et surveillance des complications etc. …)

 Pendant ……………jours /semaines/mois.

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

# (MALADIES INTERCURRENTES)

 **Signature :**