

**ORDONNANCE MEDICALE**

**INTERVENTION INFIRMIERE SPECIALISEE EN PSYCHIATRIE A DOMICILE**

* Nom et Prénom du patient :
* Date de Naissance :
* Adresse :
* Téléphone :
* Intervention des SAD : [ ]  OUI [ ]  NON
* Diagnostic psychiatrique:
* Autres diagnostics :
* Traitement Actuel :

Remarques : La prescription et la responsabilité du traitement médicamenteux appartient au médecin traitant. Un avis médical psychiatrique est organisable au CMPA.

* Indications / objectifs :

[ ]  Demande Spécifique :

[ ]  Evaluation Infirmière :

 [ ]  Seront discutés dans un entretien conjoint

Médecin prescripteur :

E-mail et Téléphone du médecin :

Date et Signature :