

° 12708*01 (art. R 163-2, 3ème alinéa et R 165-1 dernier alinéa du Code S.S.)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

1 6 8 0 9 9 5 0 1 8 0 8 5

71

NOM et Prénom
(suivis, s'il y a lieu,
du nom d'époux(se))

LHOMME Jean François

13 rue Gutemberg

ADRESSE

95130 FRANCONVILLE

SI LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

1 Médicament prescrit ENBREL 50 mgProduit ou prestation prescrit(e)

S'il s'agit d'un médicament :

Présentation : forme, dosage, 1 SC par semaine
voie d'administration, posologie

S'il s'agit d'un produit ou d'une prestation :

Présentation : nombre d'unités
ou posologie

Durée du traitement, le cas échéant : 6 mois

2 Si le patient est atteint d'une affection de longue durée, la prescription est-elle en rapport avec celle-ci ? OUI NON3 Je soussigné(e), Docteur Laurence POULAIN... atteste que la prescription concernant le patient sus-visé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique validée par la Haute Autorité de Santé.
S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

Le 24/09/2013 à LA GARENNE COLOMBES

Signature du praticien

Qualification ou titre du prescripteur

Rhumatologue

Date limite de la prochaine
consultation dans l'établissement de santé (1)

17/10/2012

(1) si prescription initiale par Et. de santé

Cachet
ou identification
du praticien
ou de l'établissement
(sur les 4 volets)

Docteur Laurence POULAIN

921067252

12 avenue du Général de Gaulle

92250 LA GARENNE COLOMBES

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN, AU FOURNISSEUR ou A L'ETABLISSEMENT

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN, DU FOURNISSEUR
OU DE L'ETABLISSEMENT (sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

° 12708*01

(art. R 163-2, 3ème alinéa et R 165-1 dernier alinéa du Code S.S.)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

1 6 8 0 9 9 5 0 1 8 0 8 5

71

NOM et Prénom
(surtout, s'il y a lieu,
du nom d'époux(se))LHOMME Jean François
13 rue Gutenberg

ADRESSE

95130 FRANCONVILLE

SI LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

1

Médicament prescrit

 ENBREL 50 mgProduit ou prestation prescrit(e)

S'il s'agit d'un médicament :

Présentation : forme, dosage, 1 SC par semaine
voie d'administration, posologie

S'il s'agit d'un produit ou d'une prestation :

Présentation : nombre d'unités
ou posologie

Durée du traitement, le cas échéant : 6 mois

2 Si le patient est atteint d'une affection de longue durée, la prescription est-elle en rapport avec celle-ci ? OUI NON3 Je soussigné(e), Docteur Laurence POULAIN, atteste que la prescription concernant le patient sus-visé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique validée par la Haute Autorité de Santé.
S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

Le 24/09/2013 à LA GARENNE COLOMBES

Signature du praticien

Qualification ou titre du prescripteur

Rhumatologue

Date limite de la prochaine
consultation dans l'établissement de santé (1)

17/10/2012

(1) si prescription initiale par Et. de santé

Cachet
ou identification
du praticienou de l'établissement
(sur les 4 volets)

Docteur Laurence POULAIN

921067252

12 avenue du Général de Gaulle

92250 LA GARENNE COLOMBES

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN, AU FOURNISSEUR ou A L'ETABLISSEMENT

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN, DU FOURNISSEUR
OU DE L'ETABLISSEMENT (sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

° 12708*01

(art. R 163-2, 3ème alinéa et R 165-1 dernier alinéa du Code S.S.)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

1 6 8 0 9 9 5 0 1 8 0 8 5

71

NOM et Prénom
(sujets, s'il y a lieu,
du nom d'époux(se))

LHOMME Jean François
13 rue Gutemberg

ADRESSE

95130 FRANCONVILLE

SI LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

1

Médicament prescrit

ENBREL 50 mg

Produit ou prestation prescrit(e)

S'il s'agit d'un médicament :

Présentation : forme, dosage, 1 SC par semaine
voie d'administration, posologie

S'il s'agit d'un produit ou d'une prestation :

Présentation : nombre d'unités
ou posologie

Jurée du traitement, le cas échéant : 6 mois

2 Si le patient est atteint d'une affection de longue durée, la prescription est-elle en rapport avec celle-ci ? OUI NON

3 Je soussigné(e), Docteur Laurence POULAIN, atteste que la prescription concernant le patient sus-visé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique validée par la Haute Autorité de Santé.
S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

Le 24/09/2013 à LA GARENNE COLOMBES

Signature du praticien

Qualification du titre du prescripteur

Rhumatologue

Date limite de la prochaine consultation dans l'établissement de santé (1)

17/10/2012 (1) si prescription initiale par Et. de santé

Cachet
ou identification
du praticien
ou de l'établissement
(sur les 4 volets)

Docteur Laurence POULAIN
921067252
12 avenue du Général de Gaulle
92250 LA GARENNE COLOMBES

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN, AU FOURNISSEUR ou A L'ETABLISSEMENT

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN, DU FOURNISSEUR
OU DE L'ETABLISSEMENT (sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance

NUMERO
D'IMMATRICULATION

1 6 8 0 9 9 5 0 1 8 0 8 5

71

NOM et Prénom
(suivis, s'il y a lieu,
du nom d'époux(se))

LHOMME Jean François

13 rue Gutemberg

ADRESSE

95130 FRANCONVILLE

SI LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM

Prénom

Sexe

Date de naissance

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

1

Médicament prescrit

ENBREL 50 mg

Produit ou prestation prescrit(e)

S'il s'agit d'un médicament :

Présentation : forme, dosage,
voie d'administration, posologie

1 SC par semaine

S'il s'agit d'un produit ou d'une prestation :

Présentation : nombre d'unités
ou posologie

Jurée du traitement, le cas échéant : 6 mois

2

Si le patient est atteint d'une affection de longue durée, la prescription est-elle en rapport avec celle-ci ?

OUI NON

3

Je soussigné(e), Docteur Laurence POULAIN... atteste que la prescription concernant le patient sus-visé est conforme aux indications et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique validée par la Haute Autorité de Santé.

S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

Le 24/09/2013 à LA GARENNE COLOMBES

Signature du praticien

Qualification ou titre du prescripteur

Rhumatologue

Date limite de la prochaine
consultation dans l'établissement de santé (1)

17/10/2012

(1) si prescription initiale par Et. de santé

Cachet
ou identification
du praticien
ou de l'établissement
(sur les 4 volets)

Docteur Laurence POULAIN

921067252

12 avenue du Général de Gaulle

92250 LA GARENNE COLOMBES

PARTIE RÉSERVÉE AU PHARMACIEN, AU FOURNISSEUR ou A L'ÉTABLISSEMENT

Date de délivrance

CACHET DU PHARMACIEN, DU FOURNISSEUR
OU DE L'ÉTABLISSEMENT (sur les 4 volets)

Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance