

Identification du prescripteur  
*(nom, prénom et identifiant)*

Identification de la structure  
*(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)*

Identification du patient  
*(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)*

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

---

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)**  
(AFFECTION EXONÉRANTE)

---

**Test de grossesse urinaire**

Date : .....

Signature prescripteur : .....

---

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée**  
(MALADIES INTERCURRENTES)

---