

FEUILLE DE COMMANDE - NUTRITION PAR SONDE

INFOS ADMINISTRATIVES

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____
Adresse _____ Téléphone portable _____
Assurance _____ N° d'assuré _____ Email _____
AVS _____

En italique : à remplir uniquement si pas présent sur le formulaire de prise en charge de l'assurance

INFOS SONDE

SNG SNJ PEG PEG-J GPR Pexact Jéjuno Gastrostomie chir. Autre _____
Date pose de sonde _____ Marque _____ CH _____ Si bouton longueur (cm) : _____

INFOS RESEAU

Soins à domicile _____ pas nécessaire
Suivi nutritionnel Hôpital _____ AxelCare Autre _____
Prochain rdv _____
Médecin traitant _____

INFOS TRAITEMENT

Produit _____ Quantité/24h _____ Débit _____ à adapter
 Nocturne Diurne
Hydratation per os sonde Restriction Hydrique _____ ml
Médicament per os sonde

INFOS MATERIEL

- Matériel d'administration selon votre expertise
- Veuillez me contacter pour discuter du matériel nécessaire à cette situation

REMARQUES
