

**Modèle d'ordonnance n°4 pour surveillance et observation lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci**

Identification du prescripteur  
NOM, Prénom  
Numéro RPPS,  
Numéro AM ou FINESS établissement

Le.....20....

Identification du patient  
NOM, Prénom  
Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD exonérante :    Oui             Non

Faire pratiquer par IDE à domicile à compter du .....

- Surveillance et observation du traitement
- tous les jours (dimanche et jours fériés inclus)
- Pendant ..... jours (*maximum 15 passages*)

Cachet et signature du prescripteur