**ORDONNANCE PHARMACIEN POUR COMPLEMENTATION NUTRITIONNELLE ORALE POUR ADULTES**

**Identification du Prescripteur**

**Nom, Prénom** et N°RPPS

**Identification de la structure (Raison sociale du cabinet, de l’établissement et N°AM, FINESS géographique ou SIRET)**

**Identification du Patient (Nom de famille – de naissance) N° d’immatriculation**

Pour les patients en affection longue durée, rédiger sur ordonnance bizone (ou ne pas oublier de le mentionner si les soins sont en lien avec le 100%)

**Le XX/XX/XXXX**

**PRIMO-PRESCRIPTION**

**Complémentation nutritionnelle orale :**

**□ nom de marque (commercial) : ……………………………..**

**□ ligne générique :**

**□ mélanges polymériques normoprotidiques et hyperénergétiques**

**□ 125 à 150 g ou ml □ 200 à 250 g ou ml**

**□ mélanges polymériques hyperprotidiques (≥ 7 g pour 100 ml ou 100 g)**

**□ normoénergétiques (1 kcal/ml ou g < valeur énergétique < 1,5 kcal/ml ou g)**

**□ 125 à 150 g ou ml □ 200 à 250 g ou ml**

**OU □ hyperénergétiques (valeur énergétique ≥ 1,5 kcal/ml ou g)**

**□ 125 à 150 g ou ml □ 200 à 250 g ou ml □ 300 à 350 g ou ml**

**□ mélanges polymériques hyperprotidiques (≥ 10 g pour 100 ml ou 100 g)**

**□ hyperénergétiques (valeur énergétique ≥ 1,5 kcal/ml ou g)**

**□ 125 à 150 g ou ml □ 200 à 250 g ou ml □ 300 à 350 g ou ml**

**□ mélanges polymériques hyperprotidiques concentrés (≥ 14 g pour 100 ml ou 100 g)**

**□ hyperénergétiques (valeur énergétique ≥ 1,5 kcal/ml ou g)**

**□ 125 à 150 g ou ml □ 200 à 250 g ou ml**

**□ mélanges polymériques glucido-protidiques**

**□ 200 à 250 g ou ml**

**□ protéines seules**

**□ 300 à 399 g ou ml □ 400 à 500 g ou ml**

**□ glucides seuls**

**□ 200 à 500 g ou ml**

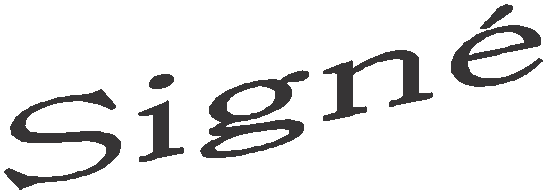
**□ lipides seuls**

**□ 450 à 1000 g ou ml**

**□ Spécificité : ……………………………..**

**.... / jour horaire(s) : ……………………………..**

**ORDONNANCE POUR 1 MOIS (MAXIMUM)**

 ***1ère délivrance pour 10 jours***

**ORDONNANCE PHARMACIEN POUR COMPLEMENTATION NUTRITIONNELLE ORALE POUR ADULTES**

**Identification du Prescripteur**

**Nom, Prénom** et N°RPPS

**Identification de la structure (Raison sociale du cabinet, de l’établissement et N°AM, FINESS géographique ou SIRET)**

**Identification du Patient (Nom de famille – de naissance) N° d’immatriculation**

Pour les patients en affection longue durée, rédiger sur ordonnance bizone (ou ne pas oublier de le mentionner si les soins sont en lien avec le 100%)

**Le XX/XX/XXXX**

**RENOUVELLEMENT**

**Complémentation nutritionnelle orale :**

**□ nom de marque (commercial) : ……………………………..**

**□ ligne générique :**

**□ mélanges polymériques normoprotidiques et hyperénergétiques**

**□ 125 à 150 g ou ml □ 200 à 250 g ou ml**

**□ mélanges polymériques hyperprotidiques (≥ 7 g pour 100 ml ou 100 g)**

**□ normoénergétiques (1 kcal/ml ou g < valeur énergétique < 1,5 kcal/ml ou g)**

**□ 125 à 150 g ou ml □ 200 à 250 g ou ml**

**OU □ hyperénergétiques (valeur énergétique ≥ 1,5 kcal/ml ou g)**

**□ 125 à 150 g ou ml □ 200 à 250 g ou ml □ 300 à 350 g ou ml**

**□ mélanges polymériques hyperprotidiques (≥ 10 g pour 100 ml ou 100 g)**

**□ hyperénergétiques (valeur énergétique ≥ 1,5 kcal/ml ou g)**

**□ 125 à 150 g ou ml □ 200 à 250 g ou ml □ 300 à 350 g ou ml**

**□ mélanges polymériques hyperprotidiques concentrés (≥ 14 g pour 100 ml ou 100 g)**

**□ hyperénergétiques (valeur énergétique ≥ 1,5 kcal/ml ou g)**

**□ 125 à 150 g ou ml □ 200 à 250 g ou ml**

**□ mélanges polymériques glucido-protidiques**

**□ 200 à 250 g ou ml**

**□ protéines seules**

**□ 300 à 399 g ou ml □ 400 à 500 g ou ml**

**□ glucides seuls**

**□ 200 à 500 g ou ml**

**□ lipides seuls**

**□ 450 à 1000 g ou ml**

**□ Spécificité : ……………………………..**

**.... / jour horaire(s) : ……………………………..**

**ORDONNANCE POUR 1 MOIS (A RENOUVELER 2 FOIS MAXIMUM)**

