

ANTENNES DÉPARTEMENTALES 24H/24 7J/7

- Dép. 28 : 02 45 26 03 10
- Dép. 37 : 02 47 70 42 42
- Dép. 45 : 02 45 40 04 50

ORDONNANCE DE NUTRITION ENTÉRALE

Date prescription : / /

Identification du patient :

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Poids : kg

TYPE DE SONDE

- ☐ Naso-gastrique CH :
- ☐ Gastrostomie CH :
- ☐ Jéjunostomie CH :

PRODUIT(S)

Nom du produit :

- Volume : ml/J ☐ Diurne ☐ Nocturne
- Temps de passage :
- Débit : ml/h

Nom du produit :

- Volume : ml/J ☐ Diurne ☐ Nocturne
- Temps de passage :
- Débit : ml/h

HYDRATATION

- ☐ A la seringue : ml/J
- ☐ Par poche à eau : ml/J Durée : Fréquence :
- ☐ Per os

Nom du médecin prescripteur : Signature et cachet prescripteur :

--	--