



**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 PARENTÉRALE**

Date prescription : ..... / ..... / .....

**Identification du patient :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Poids : ..... kg

**VOIE**

- PAC       PICC-line       Midline       KT Périphérique

**PRODUIT(S)**

**Nom du produit :** .....

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

**VITAMINES**

- Cernevit : ..... ampoule(s)/J
- Vitalipid : ..... ampoule(s)/J
- Soluvit : ..... ampoule(s)/J
- Autres : .....

**OLIGOÉLÉMENTS**

- Nutryelt : ..... ampoule(s)/J
- Autres : .....

Nom du médecin prescripteur :	Signature et cachet prescripteur :