



Département 37 :

Tel. : 02 47 70 42 72

Fax : 02 47 70 42 49

admission37@humensia.org

Département 45 :

Tel. : 02 45 40 04 79

Fax : 02 45 40 03 79

admission45@humensia.org

Département 28 :

Tel. : 02 45 40 04 71

Fax : 02 45 40 03 79

admission28@humensia.org

PRESCRIPTION TPN PREVENA AVEC RÉSERVOIR

Traitement par Pression Négative (TPN)

☒ **Demande de prise en charge en HAD**

Date de prescription : ____/____/____

Identification du patient :

Nom : Prénom : Date de naissance : ____/____/____

Adresse :

Code Postal : Ville : Tel :

Fréquence de réfection des pansements :

- ☐ 7 jours
☐ 14 jours

Cartouche de thérapie :

• **KIT 7 JOURS 3M PREVENA P&P**

- ☐ Peel & Place - 13 cm
☐ Peel & Place Duo - 13 cm
☐ Peel & Place - 20 cm
☐ Peel & Place - 35 cm

• **PANSEMENTS 3M P&P**

- ☐ Peel & Place - 13 cm
☐ Peel & Place - 20 cm
☐ Peel & Place - 35 cm

• **KIT 7 JOURS 3M PREVENA CUSTOMIZABLE**

- ☐ Peel & Place - 90 cm

• **PANSEMENTS 3M PREVENA CUSTOMIZABLE**

- ☐ Peel & Place - 90 cm

• **KIT 7 JOURS 3M PREVENA RESTOR BELLA-FORM**

- ☐ Petite taille - 21x19 cm
☐ Taille moyenne - 24x22cm
☐ Grande taille - 29x27 cm

• **3M PREVENA RESTOR BELLA-FORM**

- ☐ Petite taille - 21x19 cm
☐ Taille moyenne - 24x22cm
☐ Grande taille - 29x27 cm

Réservoirs

☐ 45 ml - 13 cm
(adaptable sur l'unité 3M Prevena)

☐ 150 ml - 20 cm
(adaptable sur l'unité 3M Prevena Plus)

Cachet et Signature du prescripteur :