

***Cachet du prescripteur***

**N° Identification du prescripteur :**

***Identité du Patient***

**Mr**    **Mme**    **Melle**

**Nom de naissance :**

**Prénom**

**Adresse :**

*Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)*

**AFFECTION EXONERANTE**

**OUI**    **NON**

Madame ou Monsieur.....nécessite la pratique de 12 à 15 séances de réhabilitation pour la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée à domicile par l'équipe spécialisée (ESAD).

**Date :** ...../...../.....

***Signature***