

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