ORDONNANCE MÉDICALE POUR ISOMIX

- ○ Retrait en pharmacie
- ○ Livraison via HomeCare

HomeCares

Veuillez choisir...

DONNÉES DU PATIENT

Prénom / Nom

Adresse

Date de naissance

Code postal / Localité

Caisse-maladie

No d'assuré

ORDONNANCE DE LONGUE DURÉE ☐ **3 mois**

PRODUIT

☑ **Isomix® 30 x 15.3 g – Position LiMA:** 99.03.00.01.1
Solution de réhydratation orale
(Dosage recommandé : 2 sachets par jour)



Lieu, Date
Adresse, cachet Médecin

Signature Médecin