

CathetersPLUS™

1-877-563-7422

www.cathetersplus.com

Name/Nom: _____

Address/Adresse: _____

Doctor/Médecin: _____

Nurse/infirmier(ière): _____

Address/Adresse: _____

Refills/Renouvellement:

Short-Term/Court terme

Long-Term/Long terme

INTERMITTENT CATHETERS:

Length/Longueur:

Male/Homme

Female/Femme

Pediatric/Pédiatrique

Tip/Pointe:

Straight/Droite

Coudé

Size/Grosueur: _____ FR Number required per day/ Quantité requise par jour: _____

INCONTINENCE PRODUCTS/PRODUITS CONTRE L'INCONTINENCE:

Briefs/Pads/
Coussinets/Culottes

Size/Taille: _____

Diagnosis/Diagnostic: _____

Signature: _____ Date: _____