

CathetersPLUS^{TM/MC}

(877) 563-7422 (844) 604-2322

info@cathetersplus.com • www.cathetersplus.com

Programme de référencement des patients

Patient

Prénom :

Nom :

Téléphone :

Courriel :

Adresse :

Langue préférée :

Ordonnance originale

Diagnostic médical :

Longueur de la sonde : ☐ Homme

☐ Femme

Embout de la sonde :

☐ Droite

☐ Coudé

☐ Flexible

☐ ElleTM

Type de sonde :

☐ Hydrophilique

☐ Cathétérisme intermittent

☐ à demeure

Calibre de la sonde :

FR

Instylan ☐ Nombre d'instillations (instillations hebdomadaires de 4 à 12 semaines) :

Notes / autres fournitures requises :

Courriel pour les mises à jour de références:

Nom du prescripteur : ☐ MD ☐ IP

Numéro de téléphone du prescripteur :

Courriel du prescripteur

Adresse du prescripteur :

Signature du prescripteur :

Date :

☐ Patient avec une hypertrophie de la prostate

☐ Allergie au latex

☐ Besoin du soutien d'une infirmière pour le cathétérisme intermittent

* ☐ Consentement verbal du patient à ce que CathetersPLUS^{MC} communique avec lui



Red Leaf
Medical