

# CathetersPLUS<sup>TM/MC</sup>

(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 :

Diagnostic médical :

Longueur de la sonde :  Homme  Femme

Embout de la sonde :  Droite  Coudé  Flexible  Elle<sup>TM</sup>

Type de sonde :  Hydrophilique  Cathétérisme intermittent  à demeure

Calibre de la sonde : FR Fréquence :

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 :

Ordonnance originale

- 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<sup>MC</sup> communique avec lui