

PRESCRIPTION DE KIT ACCIDENT D'EXPOSITION SEXUELLE (AES)

Service : (coller une étiquette)

UA :

Téléphone :

Patient : (coller une étiquette)

Nom

Prénom :

Date de naissance

NIP/NDA :

☐ Kit AES BIKTARVY® 1 comprimé/jour pendant 7 jours

Date :/...../.....

Nom du prescripteur :

RPPS :

Signature :

Cette ordonnance est à faxer au 12 315 pour le renouvellement de la dotation

A facturer au SAU adulte

A envoyer par le pneu : ligne n°10 Gare n°94 code gare 2943

Cadre réservé à la Pharmacie – Renouvellement de la dotation

Kit AES :

Quantité :

☐ Biktarvy® 7 jours

.....

Nom et signature du dispensateur : Date :/...../.....