Le …….. 2020

Nom et prénom du patient Date de naissance ☐ ALD ☐ NON ALD	Cachet du prescripteur

Prescription de **soins infirmiers** d'un patient Covid-19 après évaluation médicale

☐ au domicile en présentiel

☐ en télé-soin

☐ en téléconsultation accompagnée en lien avec le médecin

Précisez la fréquence de suivi :

….. fois / Jour ou …… fois / semaine pendant ……. jours

Précisez les signes d'alerte à suivre (alerte au médecin sans délai si nécessaire), ainsi que la possibilité d'alerter le centre 15 en cas d'urgence vitale avec information en parallèle du médecin :

Signature du prescripteur