**Ordonnance pollakiurie**

**Identification du déléguant (médecin)**

Dr :

Numéro ADELI :

Numéro RPPS :

**Identification du délégué (IDE/pharmacien.ne)**

Nom prénom :

Numéro ADELI :

Numéro RPPS :

**Identification de la patiente**

NOM, Prénom :

Date de naissance :

Poids : Âge :

Date :

Faire pratiquer par IDE

ECBU

Cachet et signature du prescripteur :

Merci de contacter votre médecin traitant ou habituel pour lecture des résultats.

Merci de signaler toute difficulté à la coordination de la CPTS au 01 42 43 80 55.