

# PRESCRIPTION DE SUPPLÉMENT AU LAIT HUMAIN D'ABBOTT AU CONGÉ D'HÔPITAL







## PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Date du congé : \_\_\_\_\_

	Supplément au lait humain remis	Quantité	Numéro de lot
	 <p>Supplément au lait humain Similac® à base de protéines fortement hydrolysées, en liquide concentré</p>		
	 <p>Supplément au lait humain Similac®, en poudre</p>		
	 <p>Supplément au lait humain Similac® Special Care® 30</p>		

Prescription nutritionnelle/Recette : \_\_\_\_\_

## PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AUTORISÉ À PRESCRIRE LE PRODUIT

Nom : \_\_\_\_\_ Titre professionnel : \_\_\_\_\_ N° de licence : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_