



Identification prescripteur	Nom : Prénom :
-----------------------------	-----------------------

Date :

Orientation : Affection Muqueuses Bucco-Linguales

Ordonnance pour cure thermale de : Jours

CURE DE BOISSON	1 verre 150ml	
BAIN LOCAL	2 litres	
PULVÉRISATION DE LA CAVITÉ BUCCO-LINGUALE	2 litres	
HUMAGE-NÉBULISATION	10 minutes	
COMPRESSES	10 minutes	
DOUCHE LOCALE AU JET	1 séance	
DOUCHE GINGIVALE	10 minutes	15 minutes

Ordonnance à adapter en fonction de la tolérance sous contrôle de l'infirmier	OUI	NON
--	-----	-----

Vos prochains rendez-vous :