

**NOM-PRENOM DU PRATICIEN**

Pédicure-Podologue D.E.

Adresse :

Tel :

Numéro ADELI :

Numéro RPPS :

VILLE et DATE

**NOM - PRENOM ET DATE DE NAISSANCE DU PATIENT**

**EXEMPLE DE LIBELLE DE LA PRESCRIPTION :**

Renouvellement d'une paire d'orthèses plantaires pour talagies bilatérales et aponévrosite plantaire gauche.

Stabilisation de l'arrière et du médio pied :  
Réalisation sur thermoformage  
CSP et antéro et sous capital 1ère MTP gauche  
CSP droit

**"Conforme au décret 2019-835 du 12 Août 2019 Article 3"**

**Prescription initiale du Dr XX le XX**

**NOM-PRENOM DU PRATICIEN**