

**Ordonnance consommables aspiration****Patient**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

**Matériel**

	Quantité	Dénomination	No article	Fournisseur
<input type="checkbox"/>		Sonde d'aspiration Müllly 12	05079182	Cosanum
<input type="checkbox"/>		Sonde d'aspiration Müllly 14	05084182	Cosanum
<input type="checkbox"/>		Sonde Yankauer	8888501007	Cardinal Health
<input type="checkbox"/>		Dip pour sécrétion (fingertrip)	000.0347.0	Atmos
<input type="checkbox"/>		Omnifix D, seringue cathéter 50ml		
<input type="checkbox"/>		Gants en nitril bleu, non poudré	34353.0	E.Weber & Cie AG
<input type="checkbox"/>		Tuyau d'aspiration entonnoir, L 3m – CH 25	1301.3000.83	MK-MEDizintechnik AG
<input type="checkbox"/>		Tracheostomy connection Optiflow	OPT970	F&P

Date :

Nom du médecin prescripteur et signature :