

# PRESCRIPTION MÉDICALE POUR LES ÉPAISSISSANTS

Retrait dans une pharmacie locale

Envoi via un HomeCare

## DONNÉES DE LA PATIENTE / DU PATIENT

Prénom / nom

Adresse

NPA / lieu

Date de naissance

Caisse-maladie

N° d'assuré

## ORDONNANCE PERMANENTE

3 mois

6 mois

9 mois

1 an

## PRODUITS (cochez SVP)

**ThickenUP® clear** poudre neutre, claire et résistante à l'amylase  
Boîte de 125g (= 52 portions\*)

**ThickenUP® clear** poudre neutre, claire et résistante à l'amylase  
Boîte de 900g (= 375 portions\*)

**ThickenUP® clear** pratiques à emporter (év. participation au prix de revient)  
Sticks – 24 x 1,2 g (= 12 portions\*)

**ThickenUP®** idéal pour épaissir les soupes et les mets mixés (év. participation au prix de revient)  
Boîte de 227g (= 25 portions\*)

**ThickenUP® Gel Express** épaississement facile et garanti sans grumeaux, résistant à l'amylase (év. participation au prix de revient)  
Bouteille de 450ml (= 36 portions\*)



## Adresse et tampon du médecin

## Signature du médecin

## Lieu, date

\*selon la définition de la LiMA