

**Prénom NOM** EI.

Pédicure-podologue D.E.

**Numéro AM :**

**Numéro RPPS :**

Adresse

CP Ville

Tél. : Mail sécurisé :

Ville, date…….

**NOM Prénom (Patient)**

Date de naissance

Numéro SS

A l’issue du diagnostic et du bilan podologique pratiqué le (../../….)

**Prescription de chaussures thérapeutiques à usage Temporaire** *(ou CHUP)*

* **CHUT pied Gauche** *(ou droit, ou une paire de CHUP)*
* **Pour** *(visée thérapeutique exemple : décharge de l’avant-pied…).*
* **Code LPP** *(exemple 2183855)*
* **Pendant une durée de** *(à préciser par exemple 3 mois)*

**Signature**