

*Identification du prescripteur*

Nom :  
Infirmier D.E.  
Adresse, téléphone  
N° ordinal    N° Finess

*Identification du patient*



- Adrénaline 300 micro gramme/0,3 ML  
Solution injectable  
Seringue préremplie  
« **Délivrance à usage professionnel** »  
Date  
Signature