

Signature du professionnel de santé  :

Professionnel de santé :

Nom du patient :

Renseignements  :

Date :

**Ordonnance**

**de déprescription**

Suivi  :

Prescription  :

Liste des médicaments prescrits : se référer à l’ordonnance réalisée en date du

Médicament à déprescrire :

Explications :

Préconisations et conseils complémentaires associés à la démarche :

Déprescription  :