

## FORMULAIRE BON DE COMMANDE PMAE

DATE : \_\_\_\_\_ PRÉNOM ET NOM : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE 1 : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE 2 : \_\_\_\_\_

ARTICLES	Quantité désirée	Quotas annuel maximum
<b>POMPES ET TUBULURES (Cocher le numéro de référence du type de tubulure)</b>		
<b>POMPE OMNI (30 unités/caisse)</b> <input type="checkbox"/> Système ouvert : ZB10FD <input type="checkbox"/> Système fermé : ZBSPFD <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
<b>POMPE EPUMP (30 unités/caisse)</b> <input type="checkbox"/> Système ouvert : 773656 <input type="checkbox"/> Système fermé : 775659T <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
<b>POMPE JOEY (30 unités/caisse)</b> <input type="checkbox"/> Système ouvert : 763656 <input type="checkbox"/> Système fermé : 765559 <input type="checkbox"/> Autre		120 /365 unités
<b>POMPE CONNECT (30 unités/caisse)</b> <input type="checkbox"/> Système ouvert : 777100FD <input type="checkbox"/> Système fermé : 77000FD		120 /365 unités
<b>MATÉRIEL GRAVITÉ (30 unités/caisse)</b> <input type="checkbox"/> Système ouvert : 8884702500 (ENF1203K) <input type="checkbox"/> Système ouvert (large débit): 702505		120 unités
<b>GASTROSTOMIE : BOUTON ET SONDES FOLEY (Cocher le type de bouton et inscrire la grandeur désirée)</b>		
<input type="checkbox"/> Mickey: _____ FR _____ CM <input type="checkbox"/> Minione: _____ FR _____ CM		1 unité et selon évaluation
<input type="checkbox"/> Nutriport: _____ FR _____ CM <input type="checkbox"/> Autre : _____ FR _____ CM		
<b>RALLONGES POUR BOUTON DE GASTROSTOMIE (Cocher le type de rallonge et inscrire la grandeur désirée)</b>		
<input type="checkbox"/> Mickey: Grandeur : <input type="checkbox"/> 12" <input type="checkbox"/> 24" <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		12
<input type="checkbox"/> Minione: Grandeur : <input type="checkbox"/> 12" <input type="checkbox"/> 24" <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		
<input type="checkbox"/> Nutriport: Grandeur : _____ <input type="checkbox"/> continu 90° <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> ENFIT		
<b>SERINGUES (Cocher le type de seringue et inscrire la grandeur désirée)</b>		
<input type="checkbox"/> 10 CC <input type="checkbox"/> 12ml ENFIT		100 unités
<input type="checkbox"/> 50 CC embout Luer Lock <input type="checkbox"/> 50 CC embout Cathéter		120 unités/240 bolus
<input type="checkbox"/> 60ml ENFIT		120 unités/240 bolus
<input type="checkbox"/> Connecteur de transition (REF : 76500)		120 unités
<b>TUBES NASO-GASTRIQUES (Cocher le type et inscrire la grandeur désirée)</b>		
<input type="checkbox"/> 8FR 42" radiopaque		52
<input type="checkbox"/> Corpak/Corflo : _____ FR _____ CM		6
<input type="checkbox"/> Péditube : _____ FR _____ CM		12
<b>FIXATEURS DE DRAIN HOLLISTER (Cocher le type désirée)</b>		
<input type="checkbox"/> 9781 <input type="checkbox"/> 9782		52
<b>Connecteur (adaptateur) en Y pour (Cocher la grandeur désirée)</b>		
<input type="checkbox"/> FR 16 <input type="checkbox"/> FR 20 <input type="checkbox"/> FR 24 <input type="checkbox"/> ENFIT		6
<b>AUTRES (Cocher l'item désiré)</b>		
<b>RUBAN: Hypafix (rouleau) :</b> <input type="checkbox"/> (5cm x 10m) <input type="checkbox"/> (10cm x 10m) <input type="checkbox"/> (15cm x 10m)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Transpore (transparent) <input type="checkbox"/> Micropore (fibre papier) <input type="checkbox"/> Elastoplast (rose)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Duo-derm <input type="checkbox"/> Tégaderm		Selon évaluation
Compresses non stériles : <input type="checkbox"/> (2 X 2) <input type="checkbox"/> (4 X 4)		Selon évaluation
<input type="checkbox"/> Lubrifiant		Selon évaluation