FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HAD)

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE

Date de la prescription : |__|__|__|__|__|__|

☐ Initiation d'une perfusion à domicile

☐ Renouvellement ou modification

PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__| Poids (en kg) :

N° d'assuré : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ☐ Soins en rapport avec une ALD

IDENTITÉ DU PRESCRIPTEUR

Nom :

Prénom :

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Identifiant RPPS* : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*(répertoire partagé des professionnels de santé)

STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, éts ou centre de santé)

Raison sociale :

Adresse :

N° Finess** géographique : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**(fichier national des établissements sanitaires et sociaux)

N° AM*** : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

***(numéro assurance maladie du prescripteur)

DESTINATAIRES et/ou OBJET

PATIENT	VILLE			HÔPITAL (HAD)
☐ 1	☐ 2.1 Produit(s) à perfuser : *pharmacien d'officine ou hospitalier*	☐ 2.2 Prestation(s) et dispositifs médicaux : *prestataire ou pharmacien d'officine*	☐ 2.3 Copie pour information : *infirmier libéral en charge des soins*	☐ 3 *Hospitalisation à domicile (HAD)*

☒ Pour une perfusion « **en ville** », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec la coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1, 2.1, 2.2 et 2.3 ci-dessus).
Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'HAD, 2 exemplaires sont édités et signés avec la coche du destinataire correspondant (cf. 1 et 3 ci-dessus).

☒ Un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

☒ Une chimiothérapie réalisée avec l'appui d'un prestataire doit se faire conformément aux dispositions de l'arrêté du 20.12.2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste « rétrocession » prévue à l'article L 5126-4 du code de la santé publique.

PRODUIT À PERFUSER n°1

Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, … : (un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).

Durée d'administration d'une perfusion : heure(s) et minutes

Nombre total de perfusions :

Fréquence de la ou des perfusions : par… ☐ jour ☐ semaine ☐ mois

Date de début de la cure : |__|__|__|__|__|__|

Date de fin de la cure : |__|__|__|__|__|__| ou Durée de la cure : ↳ jours

Voie d'abord

Veineuse centrale (VC) :
- ☐ chambre implantable
- ☐ cathéter central
- ☐ cathéter central à insertion périphérique

☐ Péri-nerveuse

☐ Veineuse périphérique

☐ Sous-cutanée

Entretien Intercure :
- ☐ VC sauf PICC LINE
- ☐ Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)

Mode d'administration

☐ Gravité

☐ Diffuseur
Système actif électrique
- ☐ ambulatoire
- ☐ fixe

En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case :

☐ Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en éts de santé de transfusion sanguine)

Si le traitement est à perfuser **SEUL**, cocher la case : ☐

Est défini ci-dessous la cure d'un autre produit à perfuser, ou le nouveau cycle de cure d'un produit déjà renseigné :

PRODUIT À PERFUSER n°2

Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, … : (un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).

Durée d'administration d'une perfusion : heure(s) et minutes

Nombre total de perfusions :

Fréquence de la ou des perfusions : par… ☐ jour ☐ semaine ☐ mois

Date de début de la cure : |__|__|__|__|__|__|

Date de fin de la cure : |__|__|__|__|__|__| ou Durée de la cure : ↳ jours

Voie d'abord

Veineuse centrale (VC) :
- ☐ chambre implantable
- ☐ cathéter central
- ☐ cathéter central à insertion périphérique

☐ Péri-nerveuse

☐ Veineuse périphérique

☐ Sous-cutanée

Entretien Intercure :
- ☐ VC sauf PICC LINE
- ☐ Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)

Mode d'administration

☐ Gravité

☐ Diffuseur
Système actif électrique
- ☐ ambulatoire
- ☐ fixe

En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case :

☐ Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en éts de santé de transfusion sanguine)

Si le traitement est à perfuser **SEUL**, cocher la case : ☐

COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR

AUTRE CURE(S) de PERF ou NPAD

A la connaissance du prescripteur, le patient a-t-il bénéficié « en ville » d'une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile (NPAD) dans les 26 dernières semaines ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(-nt) « **en ville** », un forfait dit de seconde installation pourra être pris en charge dans la limite d'un forfait de seconde installation par forfait de première installation, sauf proximité immédiate de l'installation antérieure

Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(-nt) « **en ville** », le forfait d'accessoires et de consommables prendra en compte l'ensemble des perfusions réalisées en fonction du mode d'administration.

Si d'autres cures de produits sont prescrites, compléter par un ou d'autres formulaires.

SIGNATURE :

Effacer tout | Imprimer