

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE
Date de la prescription :
<input type="checkbox"/> Initiation d'une perfusion à domicile
<input type="checkbox"/> Renouvellement ou modification

PATIENT	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Poids (en Kg) :
N° d'assuré :	<input type="checkbox"/> Soins en rapport avec une ALD

IDENTITE DU PRESCRIPTEUR
Nom :
Prénom :
Téléphone :
Identifiant RPPS * :
<small>*(répertoire partagé des professionnels de santé)</small>

STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, ets ou centre de santé)	
Raison sociale :	
Adresse :	
N° Finess géographique :	N° SIRET :

DESTINATAIRES et/ou OBJET
---------------------------

PATIENT
<input type="checkbox"/> 1

VILLE		
<input type="checkbox"/> 2.1 <u>Produit(s) à perfuser</u> : Pharmacien d'officine ou hospitalier	<input type="checkbox"/> 2.2 <u>Prestation(s) et dispositifs médicaux</u> : Prestataire ou Pharmacien d'officine	<input type="checkbox"/> 2.3 <u>Copie pour information</u> : Infirmier libéral en charge des soins

HÔPITAL (HAD)
<input type="checkbox"/> 3 Hospitalisation à domicile (HAD)

- Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le 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 le coche de la case 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, ... : <i>(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).</i>		Voie d'abord	Mode d'administration
	Durée d'administration d'une perfusion : _____ minutes / _____ heures / Continue		<input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) : <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Péri-nerveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur Système actif électrique ambulatoire <input type="checkbox"/> fixe En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : <input type="checkbox"/>
	Nombre total de perfusions : _____	Fréquence de la ou des perfusions : _____ par _____ jour semaine mois	<input type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	<input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Éts de transfusion sanguine) Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : <input type="checkbox"/>
	Date de début de la cure :	Date de fin de la cure : ou Durée de la cure : _____ jours		

PRODUIT À PERFUSER n°2	Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... : <i>(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).</i>		Voie d'abord	Mode d'administration
	Durée d'administration d'une perfusion : _____ minutes / _____ heures / Continue		<input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) : <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Péri-nerveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur Système actif électrique ambulatoire <input type="checkbox"/> fixe En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : <input type="checkbox"/>
	Nombre total de perfusions : _____	Fréquence de la ou des perfusions : _____ par _____ jour semaine mois	<input type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	<input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Éts de transfusion sanguine) Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : <input type="checkbox"/>
	Date de début de la cure :	Date de fin de la cure : ou Durée de la cure : _____ jours		

COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR

AUTRE CURE(S) de PERF ou NPAD
<b>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 ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>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.</i>
<b>Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>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.</i>

Si d'autres cures de produits sont prescrites, compléter par un ou d'autre(s) formulaire(s).

SIGNATURE :