

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

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* : | | | | | | | | | | [voir notice]

* (répertoire partagé des professionnels de santé)

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

Raison sociale : _____

Adresse : _____

N° Finess** géographique : | | | | | | | | | | N° AM*** : | | | | | | | | | |

** (fichier national des établissements Sanitaires et Sociaux) *** (numéro assurance maladie du prescripteur)

DESTINATAIRES et/ou OBJET

PATIENT

1

VILLE

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

HÔPITAL (HAD)

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 L5126-4 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).		Voie d'abord	Mode d'administration
	Durée d'administration d'une perfusion : (heure(s) et minutes		<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 <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> 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 : ... <input type="checkbox"/> jour ... <input type="checkbox"/> semaine ... <input type="checkbox"/> mois	<input type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VCsauf PICCLINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICCLINE)	<input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Ets 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 : <input type="checkbox"/> jours		

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).		Voie d'abord	Mode d'administration
	Durée d'administration d'une perfusion : (heure(s) et minutes		<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 <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> 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 : ... <input type="checkbox"/> jour ... <input type="checkbox"/> semaine ... <input type="checkbox"/> mois	<input type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VCsauf PICCLINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICCLINE)	<input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Ets 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 : <input type="checkbox"/> jours		

COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR

AUTRE(C)URE(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'autre(s) formulaire(s).

SIGNATURE : _____