



Le nouveau nom d'IP Santé et d'AMS

DESTINATAIRE	EXPEDITEUR
Société : 	GHRMSA
Adresse : 13 B Quai de ROTTERDAM 68110 ILLZACH	
Fax : 03 90 40 04 99 Tél DJAKONI Anne-Cécile : 06 69 57 33 68 Tél agence : 0810 15 61 49	PICC LINE POSE LE :

Renseignements Patient

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone fixe : Portable :

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION A DOMICILE (VILLE OU HOPITAL)

Cochez les cases correspondantes du formulaire	PATIENT
Date de la prescription : <input checked="" type="checkbox"/> Initiation d'une perfusion à domicile <input type="checkbox"/> Renouvellement ou modification	Nom : Prénom : Date de naissance : Poids (en Kg) : N° d'assuré : <input type="checkbox"/> Soins en rapport avec une ALD
PRESCRIPTEUR	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU PRESCRIPTEUR (le cas échéant)
Nom : Prénom : Téléphone : Identifiant * : 	Raison sociale : Adresse : N° Finess géographique : N° AM :
* Répertoire partagé des professionnels de santé	

DESTINATAIRES et/ou OBJET	PATIENT	VILLE	HOPITAL (HAD)
	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2.1 Produit(s) à perfuser : <i>Pharmacien d'officine ou hospitalier</i>	<input type="checkbox"/> 2.2 Prestation(s) et dispositifs médicaux : <i>Prestataire ou Pharmacien</i>
			<input type="checkbox"/> 2.3 Copie pour information : <i>Infirmier libéral en charge des soins</i>
			<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.

	Voie d'abord	Mode d'administration
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> Réfection pansement picc line	<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"/>
	<input type="checkbox"/> Veineuse centrale : <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"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en état de transfusion sanguine)
	<input checked="" type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input checked="" type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : <input type="checkbox"/>
	Durée d'administration d'une perfusion : (heure(s) et minutes	
	Nombre total de perfusions : 13 : (sur toute la cure) Fréquence de la <input type="checkbox"/> jour <input checked="" type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois ou des perfusions : 1 par	
	Date de début de la cure : Date de fin de la cure : ou Durée de la cure : 90 jours	

	Voie d'abord	Mode d'administration
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>	<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"/>
	<input type="checkbox"/> Veineuse centrale : <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"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en état de transfusion sanguine)
	<input type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : <input type="checkbox"/>
	Durée d'administration d'une perfusion : (heure(s) et minutes	
	Nombre total de perfusions : (sur toute la cure) Fréquence de la <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois ou des perfusions : par	
	Date de début de la cure : Date de fin de la cure : ou Durée de la cure : jours	

	Cure(s) de PERF ou NPAD	<p>A la connaissance du prescripteur, le patient a-t-il bénéficié « en ville » d'une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale (NPAD) dans les 26 dernières semaines ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p><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></p> <p>Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p><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></p>
--	-------------------------	---

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

SIGNATURE :

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur <i>(Nom, prénom et identifiant)</i>	Identification de la structure <i>(Raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)</i>
--	---

Identification du patient <i>(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage [facultatif] et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)</i>
<i>n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))</i>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

ORDONNANCE POUR PHARMACIE

Pour les soins :

- Bétadine alcoolique ou Biseptine 1 flacon / 30 jours
- Antiseptique moussant (type Bétadine ou Hibiscrub) 1 flacon / 30 jours
- Sérum physiologique, 1 poche de 50 ml par semaine
-
-

Ordonnance pour 30 jours renouvelable 2X

Date :
Signature du prescripteur :