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

**PATIENT**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Poids (en kg) :

N° d’assuré : ❑ Soins en rapport avec une ALD

**COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE**

Date de prescription :

❑ Initiation d’une perfusion à domicile

❑ Renouvellement ou modification

**IDENTITE DU PRESCRIPTEUR**

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

Raison sociale :

Adresse :

N° Finess géographique : N° SIRET :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Identifiant RPPS :

x 2.3 Copie pour Information : Infirmier libéral en charge des soins

x 2.1 Produit(s) à perfuser :

Pharmacien d’officine ou hospitalier

**HOPITAL (HAD)**

**PATIENT**

❑ 3 Hospitalisation à domicile (HAD)

**VILLE**

x 2.2 Prestation(s) et dispositifs médicaux : Prestataire ou pharmacien d’officine

❑ 1

**DESTINATAIRES et/ou OBJET**

* *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.*

**Mode d’administration**

**Voie d’abord**

PRODUIT A PERFUSER n°1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de début de la cure :Nombre total de perfusions : ……….. | ❑ **Entretien intercure :**  ❑ VC sauf PICC LINE ❑ Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)❑ **Veineuse centrale (VC) :**  ❑ Chambre implantable ❑ Cathéter central ❑ Cathéter central à insertion périphérique❑ Péri-nerveuse❑ Veineuse périphérique❑ Sous-cutanée  |  | ❑ Gravité ❑ Diffuseur ❑ Système actif électrique ❑ Ambulatoire ❑ FixeEn cas de remplissage sous l’égide d’un établissement de santé, cocher cette case : ❑❑ Transfuseur *(transfusion de produits sanguins labiles en Ets de transfusion sanguine)* |
| Fréquence de la Perfusion sous cutanée : …..… jours par  | ….❑ jour ….x semaine ….❑ mois |  |
| Date de fin de la cure :  | Ou Durée de la cure : …..…. jours | 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 :

**Mode d’administration**

**Voie d’abord**

**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).

DESFERAL : …… grammes

Durée d’administration d’une perfusion :.minutes / …….. heures / ❑ Continu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de début de la cure :  | **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 : …..minutes / …… heures / ❑ Continu❑ **Veineuse centrale (VC) :**  ❑ Chambre implantable ❑ Cathéter central ❑ Cathéter central à insertion périphérique❑ Péri-nerveuse❑ Veineuse périphériqueX Sous-cutanée ❑ **Entretien intercure :**  ❑ VC sauf PICC LINE ❑ Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE) |  | ❑ Gravité ❑ Diffuseur x Système actif électrique x Ambulatoire  ❑ Fixe En cas de remplissage sous l’égide d’un établissement de santé, cocher cette case : ❑❑ Transfuseur *(transfusion de produits sanguins labiles en Ets de transfusion sanguine)* |
| Nombre total de perfusions : ……….. | Fréquence de la ou des perfusions : …..… par ….❑ jour ….❑semaine ….❑ mois |  |
| Date de fin de la cure :  | Ou Durée de la cure : …..…. jours | Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : ❑ |

PRODUIT A PERFUSER n°2

**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.*

Si d’autres cures de produits sont prescrites,

compléter par un ou d’autre(s) formulaire(s)

**COMMENTAIRES PRESCRIPTEUR**

Signature :

**Signature** :

AUTRE CURE(S) de PERF ou NPAD

**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.*