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, 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*	❑ 3 *Hospitalisation à domicile (HAD)*
		❑ 2.3 Copie pour information : *Infirmier libéral en charge des soins*	

☒ *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, … : *(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	*Mode d'administration*
❑ Veineuse centrale (VC) : ❑ chambre implantable ❑ cathéter central ❑ cathéter central à insertion périphérique ❑ Péri-nerveuse ❑ Veineuse périphérique ❑ Sous-cutanée	❑ Gravité ❑ Diffuseur ❑ Système actif électrique ❑ ambulatoire ❑ fixe En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : ❑
❑ **Entretien intercure** : ❑ VC sauf PICC LINE ❑ cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	❑ Transfuseur *(transfusion de produits sanguins labiles en Éts 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	*Mode d'administration*
❑ Veineuse centrale (VC) : ❑ chambre implantable ❑ cathéter central ❑ cathéter central à insertion périphérique ❑ Péri-nerveuse ❑ Veineuse périphérique ❑ Sous-cutanée	❑ Gravité ❑ Diffuseur ❑ Système actif électrique ❑ ambulatoire ❑ fixe En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : ❑
❑ **Entretien intercure** : ❑ VC sauf PICC LINE ❑ cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	❑ Transfuseur *(transfusion de produits sanguins labiles en Éts 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'autre(s) formulaire(s).

SIGNATURE :