

Suite à l'Arrêté du 12 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées visées sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, la Sécurité Sociale a mis en place un formulaire de prescription de perfusion à domicile.

Le groupe de travail OMÉDIT « harmonisation des ordonnances de sortie » a réalisé un support informatique plus ergonomique, permettant de générer automatiquement les différentes ordonnances exigées avec tous les éléments nécessaires.

I) Modalités de remplissage :

Le document Word est composé de 5 pages. Toutes les données sont saisies dans le formulaire de la **première page (ou masque de saisie)**.

PRESCRIPTION DE PERFUSION A DOMICILE - Perfusion par système passif ou actif -	
<small>VB</small>	
Patient	
Nom :	Nom jeune fille : Prénom : Date naissance : JJ/MM/AAAA Poids : kg
Ordonnance	
Date Ordonnance :	Type : ALD :
Médecin : Dr	RPPS : Service :
Établissement :	Finess :
Téléphone :	Fax :
Médicament	
Produit 1 :	dosage : mg Date de début de la cure : JJ/MM/AAAA
Rythme des perfusions :	
<input type="checkbox"/> Fréquence journalière	ou <input type="checkbox"/> Fréquence hebdomadaire
injection(s) fois par jour pendant jours. Soit un total de 0 perfusions pour la cure.	injection(s) par jour, jours par semaine sur semaine(s). Soit un total de perfusions pour la cure.
La perfusion est à reconstituer dans un soluté de-----, volume de-----.	
Durée de perfusion : minutes ou 0,00 heures. Voie d'administration :-----	
<small>Dans la mesure du possible, le prescripteur choisira le perfuseur avant le diffuseur ou le système actif électrique et le diffuseur avant le système actif.</small>	
Mode d'administration :----- Nombre de Renouvellements : 0	
Si le produit est administré par diffuseur ou système actif, est-il préparé et rempli en établissement de santé ? Choisir	
Produit 2 :	dosage : mg Date de début de la cure : JJ/MM/AAAA
Rythme des perfusions :	
<input type="checkbox"/> Fréquence journalière	ou <input type="checkbox"/> Fréquence hebdomadaire
injection(s) fois par jour pendant jours. Soit un total de 0 perfusions pour la cure.	injection(s) par jour, jours par semaine sur semaine(s). Soit un total de perfusions pour la cure.
La perfusion est à reconstituer dans un soluté de-----, volume de-----.	
Durée de perfusion : minutes ou 0,00 heures. Voie d'administration :-----	
<small>Dans la mesure du possible, le prescripteur choisira le perfuseur avant le diffuseur ou le système actif électrique et le diffuseur avant le système actif.</small>	
Mode d'administration :----- Nombre de Renouvellements :	
Si le produit est administré par diffuseur ou système actif, est-il préparé et rempli en établissement de santé ? Choisir	
Entretien inter cure (si voie centrale non utilisée pendant 7 jours) : Choisir	
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 ? Choisir	
Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ? Choisir	
A destination de l'infirmière :	
Présence continue de l'infirmière le temps de la perfusion ?-----	
Organisation d'une surveillance pour les perfusions d'une durée > 1 heure ?-----	
Antiseptiques	
<input type="checkbox"/> Biseptine fl 250 ml	<input type="checkbox"/> Betadine jaune <input type="checkbox"/> Betadine rouge Scrub
Autre : quantité : - - - - - boîte(s)	Autre : quantité : - - - - - boîte(s)
Commentaire :	

Les 4 autres pages, disponibles uniquement en lecture seule, représentent les différentes ordonnances générées automatiquement :

- 1) 1 ordonnance de médicaments et de matériels pour perfusion à domicile destinée au **Pharmacien**
- 2) 1 ordonnance de médicaments et de matériels pour perfusion à domicile destinée au **Prestataire ou Pharmacien**
- 3) 1 ordonnance de médicaments et de matériels pour perfusion à domicile destinée au **Patient**
- 4) 1 ordonnance pour perfusion à domicile destinée à l'**IDE**

II) Conseils de remplissage concernant la partie "Médicament" de la première page (masque de saisie) :

Médicament

Produit 1 : dosage : mg Date de début de la cure : JJ/MM/AAAA

Rythme des perfusions :

Fréquence journalière ou **Fréquence hebdomadaire**

injection(s), fois par jour pendant jours. Soit un total de perfusions pour la cure.

injection(s) par jour, jours par semaine sur semaine(s). Soit un total de perfusions pour la cure.

La perfusion est à reconstituer dans un soluté de , volume de .

Durée de perfusion : minutes ou 0,00 heures. Voie d'administration : .

Dans la mesure du possible, le prescripteur choisira le perfuseur avant le diffuseur ou le système actif électrique et le diffuseur avant le système actif.

Mode d'administration : Nombre de Renouvellements :

Si le produit est administré par diffuseur ou système actif, est-il préparé et rempli en établissement de santé ? Choisir

Produit 2 : dosage : mg Date de début de la cure : JJ/MM/AAAA

Rythme des perfusions :

Fréquence journalière ou **Fréquence hebdomadaire**

injection(s), fois par jour pendant jours. Soit un total de perfusions pour la cure.

injection(s) par jour, jours par semaine sur semaine(s). Soit un total de perfusions pour la cure.

La perfusion est à reconstituer dans un soluté de , volume de .

Durée de perfusion : minutes ou 0,00 heures. Voie d'administration : .

Dans la mesure du possible, le prescripteur choisira le perfuseur avant le diffuseur ou le système actif électrique et le diffuseur avant le système actif.

Mode d'administration : Nombre de Renouvellements :

Si le produit est administré par diffuseur ou système actif, est-il préparé et rempli en établissement de santé ? Choisir

Entretien inter cure (si voie centrale non utilisée pendant 7 jours) : Choisir

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 ? Choisir

Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ? Choisir

A destination de l'infirmière :
Présence continue de l'infirmière le temps de la perfusion ?

Organisation d'une surveillance pour les perfusions d'une durée > 1 heure ?

• **Choisir un seul rythme de perfusion**

Rythme des perfusions :

Fréquence journalière ou **Fréquence hebdomadaire**

injection(s), fois par jour pendant jours. Soit un total de perfusions pour la cure.

injection(s) par jour, jours par semaine sur semaine(s). Soit un total de perfusions pour la cure.


• **Le total du nombre de perfusions pour une cure est calculé automatiquement**


Soit un total de perfusions pour la cure. Soit un total de perfusions pour la cure.

• **La durée de perfusion est saisie en minutes, la conversion en heures est automatique**

Durée de perfusion : minutes ou 0,00 heures.

- Possibilité de prescrire 2 médicaments au maximum (ou produits)

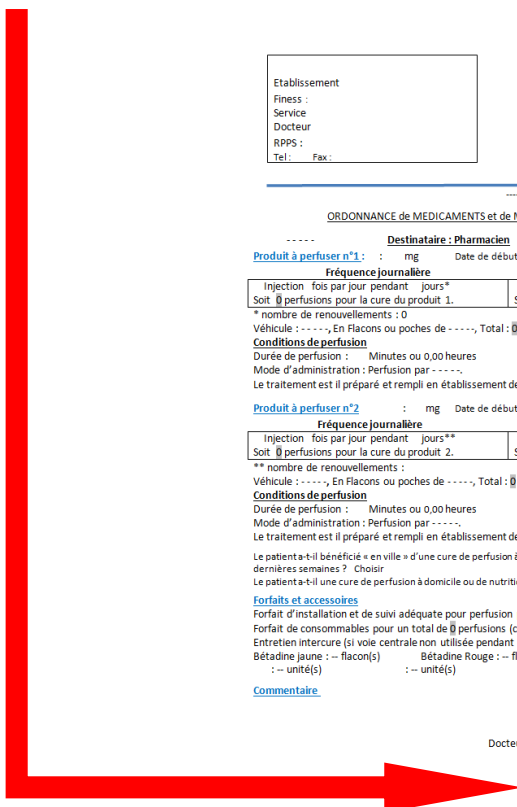

Produit 1 : dosage : mg Date de début de la cure : JJ/MM/AAAA
 Rythme des perfusions :
 Fréquence journalière ou **Fréquence hebdomadaire**
 injection(s), fois par jour pendant jours. injection(s) par jour, jours par semaine sur semaine(s).
 Soit un total de perfusions pour la cure. Soit un total de perfusions pour la cure.
 La perfusion est à reconstituer dans un soluté de -----, volume de -----.
 Durée de perfusion : minutes ou 0,00 heures. Voie d'administration : -----
Dans la mesure du possible, le prescripteur choisira le perfuseur avant le diffuseur ou le système actif électrique et le diffuseur avant le système actif.
 Mode d'administration : ----- Nombre de Renouvellements :
 Si le produit est administré par diffuseur ou système actif, est-il préparé et rempli en établissement de santé ?


Produit 2 : dosage : mg Date de début de la cure : JJ/MM/AAAA
 Rythme des perfusions :
 Fréquence journalière ou **Fréquence hebdomadaire**
 injection(s), fois par jour pendant jours. injection(s) par jour, jours par semaine sur semaine(s).
 Soit un total de perfusions pour la cure. Soit un total de perfusions pour la cure.
 La perfusion est à reconstituer dans un soluté de -----, volume de -----.
 Durée de perfusion : minutes ou 0,00 heures. Voie d'administration : -----
Dans la mesure du possible, le prescripteur choisira le perfuseur avant le diffuseur ou le système actif électrique et le diffuseur avant le système actif.
 Mode d'administration : ----- Nombre de Renouvellements :
 Si le produit est administré par diffuseur ou système actif, est-il préparé et rempli en établissement de santé ?

- Possibilité de rajouter un commentaire à la fin du formulaire si des précisions sont nécessaires.

Commentaire :

- La signature et le tampon du médecin prescripteur sont bien entendu obligatoires pour les 4 ordonnances générées.



Etablissement
 Finess :
 Service
 Docteur
 RPPS :
 Tel. : Fax :

né(e)
 né(e) le JJ/MM/AAAA
 Poids : Kg
 Marseille, le JJ/MM/AAAA

ORDONNANCE de MEDICAMENTS et de MATERIELS pour PERFUSION A DOMICILE

Destinataire : Pharmacien

Produit à perfuser n°1 : : mg Date de début de la cure 1 : JJ/MM/AAAA

Fréquence journalière	Fréquence hebdomadaire
Injection fois par jour pendant jours*	fois par jour, jours par semaine sur semaine(s)*
Soit <input type="text"/> perfusions pour la cure du produit 1.	Soit <input type="text"/> perfusions pour la cure du produit 1.

 * nombre de renouvellements : 0
 Véhicule : -----, En Flacons ou poches de -----, Total : Unités.
Conditions de perfusion
 Durée de perfusion : Minutes ou 0,00 heures Voie D'abord : -----
 Mode d'administration : Perfusion par -----
 Le traitement est il préparé et rempli en établissement de santé ? Choisir

Produit à perfuser n°2 : : mg Date de début de la cure 2 : JJ/MM/AAAA

Fréquence journalière	Fréquence hebdomadaire
Injection fois par jour pendant jours**	fois par jour, jours par semaine sur semaine(s)**
Soit <input type="text"/> perfusions pour la cure du produit 2.	Soit <input type="text"/> perfusions pour la cure du produit 2.

 ** nombre de renouvellements :
 Véhicule : -----, En Flacons ou poches de -----, Total : Unités.
Conditions de perfusion
 Durée de perfusion : Minutes ou 0,00 heures Voie D'abord : -----
 Mode d'administration : Perfusion par -----
 Le traitement est il préparé et rempli en établissement de santé ? Choisir

Le patienta-t-il bénéficié « en ville » d'une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile dans les 26 dernières semaines ? Choisir
 Le patienta-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ? Choisir

Forfaits et accessoires
 Forfait d'installation et de suivi adéquate pour perfusion par -----
 Forfait de consommables pour un total de perfusions (cure produit1) et perfusions (cure produit2)
 Entretien Intercurse (si voie centrale non utilisée pendant 7 jours); Choisir
 Bétadine jaune : -- flacon(s) Bétadine Rouge : -- flacon(s) Biseptine : -- flacon(s)
 : -- unité(s) : -- unité(s)

[Commentaire](#)

Docteur (Signature et tampon obligatoire)