

PRESCRIPTION DE PERFUSION A DOMICILE

- Perfusion par système passif ou actif -

V8

Patient

Nom : Nom jeune fille Prénom : Date naissance : JJ/MM/AAAA Poids : kg

Ordonnance

Date Ordonnance : JJ/MM/AAAA Type : ALD :

Médecin : Dr RPPS : Service

Etablissement : Finess :

Téléphone : Fax :

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 00 perfusions pour la cure.	injection(s) par jour, jours par semaine sur semaine(s). Soit un total de 00 perfusions pour la cure.
--	--

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

Durée de perfusion : minutes ou 0,00,00 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 : 0

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. Soit un total de 00 perfusions pour la cure.	injection(s) par jour, jours par semaine sur semaine(s). Soit un total de 00 perfusions pour la cure.
--	--

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

Durée de perfusion : minutes ou 0,00,00 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 ?

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

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 ?

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

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

Biseptine fl 250 ml

Betadine jaune

Betadine rouge Scrub

Autre : quantité : boîte(s)

Autre :

quantité : boîte(s)

Commentaire :

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 00
Soit 00 perfusions pour la cure du produit 1.	perfusions pour la cure du produit 1.

* nombre de renouvellements : 0

Véhicule : -----, En Flacons ou poches de -----, Total : 00 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 00 perfusions pour la cure du produit 2.	Soit 00 perfusions pour la cure du produit 2.

** nombre de renouvellements :

Véhicule : -----, En Flacons ou poches de -----, Total : 00 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 patient a-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 patient a-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 00 perfusions (cure produit1) et 00 perfusions (cure produit2)

Entretien intercure (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)

Etablissement

Finess : né(e)

Service

Docteur né(e) le JJ/MM/AAAA

RPPS : Poids : Kg

Tel : Fax : Marseille, le JJ/MM/AAAA

ORDONNANCE de MEDICAMENTS et de MATERIELS pour PERFUSION A DOMICILE

Destinataire : Prestataire ou Pharmacien

Destinataire : Médecin ou 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 00
Soit 00 perfusions pour la cure du produit 1.	perfusions pour la cure du produit 1.

* nombre de renouvellements : 0

Véhicule : -----, En Flacons ou poches de -----, Total : 00 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 00 perfusions pour la cure du produit 2.	Soit 00 perfusions pour la cure du produit 2.

** nombre de renouvellements :

Véhicule : -----, En Flacons ou poches de -----, Total : 00 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 patient a-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 patient a-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 00 perfusions (cure produit1) et 00 perfusions (cure produit2)

Entretien intercure (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)

Etablissement

Finess :

né(e)

Service

Docteur

né(e) le JJ/MM/AAAA

RPPS :

Poids : Kg

Tel : Fax :

Marseille, le JJ/MM/AAAA

ORDONNANCE de MEDICAMENTS et de MATERIELS pour PERFUSION A DOMICILE

Destinataire : Patient

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 00
Soit 00 perfusions pour la cure du produit 1.	perfusions pour la cure du produit 1.

* nombre de renouvellements : 0

Véhicule : -----, En Flacons ou poches de -----, Total : 00 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 00 perfusions pour la cure du produit 2.	Soit 00 perfusions pour la cure du produit 2.

** nombre de renouvellements :

Véhicule : -----, En Flacons ou poches de -----, Total : 00 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 patient a-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 patient a-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 00 perfusions (cure produit 1) et 00 perfusions (cure produit 2)

Entretien intercure (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)

Etablissement

Finiss :

né(e)

Service

Docteur

né(e) le JJ/MM/AAAA

RPPS :

Poids : Kg

Tel : Fax :

Marseille, le JJ/MM/AAAA

ORDONNANCE à destination de l'Infirmière D.E. pour PERFUSION A DOMICILE

Faire pratiquer par infirmier D.E, nuits et jours, fériés inclus sur ----- :

Préparation de la perfusion sur ----- . (-----)

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 00
Soit 00 perfusions pour la cure du produit 1.	perfusions pour la cure du produit 1.

* nombre de renouvellements : 0

Véhicule : -----, En Flacons ou poches de -----, Total : 00 Unités.

Conditions de perfusion

Durée de perfusion : Minutes ou 0,00 heures

Voie D'abord : -----

Mode d'administration : Perfusion par -----.

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 00 perfusions pour la cure du produit 2.	Soit 00 perfusions pour la cure du produit 2.

** nombre de renouvellements :

Véhicule : -----, En Flacons ou poches de -----, Total : 00 Unités.

Conditions de perfusion

Durée de perfusion : Minutes ou 0,00 heures

Voie D'abord -----

Date de perfusion : - - - - - à - - - - - heures

Mode d'administration : Perfusion par - - - - -.

Voie d'accès

Entretien de la voie d'abord (Voir les recommandations pour une administration par - - - - -).

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

Remplissage, branchement, mise en route du dispositif, Surveillance des constantes hémodynamiques du patient et de la tolérance des traitements. Changement de voie et réfection du pansement si nécessaire. Arrêt, retrait de la perfusion et rinçage du dispositif.

Commentaire :

Docteur (Signature et tampon obligatoire)