

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)

| COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE |
|--|
| Date de la prescription : |
| <input type="checkbox"/> Initiation d'une perfusion à domicile |
| <input type="checkbox"/> Renouvellement ou modification |

| PATIENT | |
|---------------------------|--|
| Nom : _____ | Prénom : _____ |
| Date de naissance : _____ | Poids (en Kg) : _____ |
| N° d'assuré : _____ | <input type="checkbox"/> Soins en rapport avec une ALD |

| IDENTITÉ DU PRESCRIPTEUR |
|--|
| Nom : _____ |
| Prénom : _____ |
| Téléphone : _____ |
| Identifiant RPPS * : _____ [voir notice] |
| <small>*(répertoire partagé des professionnels de santé)</small> |

| STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, éts ou centre de santé) | |
|---|---|
| Raison sociale : _____ | |
| Adresse : _____ | |
| N° Finess** géographique : _____ | N° AM*** : _____ |
| <small>** (fichier national des établissements Sanitaires et Sociaux)</small> | <small>*** (numéro assurance maladie du prescripteur)</small> |

| DESTINATAIRES et/ou OBJET |
|---------------------------|
|---------------------------|

| PATIENT |
|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 |

| VILLE | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 2.1 <u>Produit(s) à perfuser</u> : Pharmacien d'officine ou hospitalier | <input type="checkbox"/> 2.2 <u>Prestation(s) et dispositifs médicaux</u> : Prestataire ou Pharmacien d'officine | <input type="checkbox"/> 2.3 <u>Copie pour information</u> : Infirmier libéral en charge des soins |

| HÔPITAL (HAD) |
|--|
| <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.

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

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

| 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 » ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : |
|-------------|
| |

NOTICE DU FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)

Identification du prescripteur et de sa structure d'exercice (cabinet, établissement de santé, centre de santé, ...) :

- Concernant le pavé « identité du prescripteur » : renseigner le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ;
- Concernant sa structure d'exercice :
 - si la prescription émane d'un médecin salarié d'un établissement de santé ou d'un centre de santé : saisissez le numéro FINESS (<http://finess.sante.gouv.fr>) de l'établissement ;
 - si la prescription émane d'un prescripteur exerçant à titre libéral: saisissez le numéro d'Assurance Maladie du médecin libéral mentionné sur l'ordonnance.

Destinataires et/ou objets : Le formulaire de prescription de la perfusion à domicile (ville ou hospitalisation à domicile (HAD)) est à éditer en un certain nombre d'exemplaires selon qu'il concerne une prestation réalisée « en ville » ou par l'HAD (un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'HAD).

- Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant :
 - le patient ;
 - les acteurs concourant à la prestation en ville :
 - le pharmacien d'officine ou hospitalier pour les produit(s) à perfuser ;
 - le prestataire ou le pharmacien d'officine pour les prestation(s) et dispositifs médicaux ;
 - l'infirmier libéral en charge de la ou des perfusion(s) pour son information ;
- 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 :
 - le patient ;
 - l'HAD.

Si le traitement comprend un nombre de cures de produit(s) à perfuser ou de cycles de cure de produits à perfuser supérieur à 2, un ou d'autres formulaires de prescription sont renseignés.

Cure de produit :

Dans chaque encart « produit » du formulaire n'est prescrit qu'un seul médicament ou soluté ; toutefois, les produits qui lui sont associés (électrolytes, vitamines...) dans un même contenant (poche, flacon...), doivent également y être indiqués.

Un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste prévue à l'article L 5126-4 du code de la santé publique, ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'un établissement d'hospitalisation à domicile.

- **Dénomination, dosage et posologie**
En cas d'administration intermittente, la posologie doit correspondre à la dose administrée lors de chaque injection, sauf mention contraire.
En cas d'administration continue par système actif électrique, la concentration du produit, le dosage et le débit (en mL/h ou mg/h) sont définis.
- **Durée d'administration**
En cas de perfusion intermittente, la durée d'administration du traitement doit être renseignée en minutes ou en heures.
En cas de perfusion continue, la mention « en continu » est renseignée.
- **Solvant**
Si le produit est un soluté (NaCl 0,9% ou G5%) ou si aucun solvant n'est nécessaire, cette information n'est pas requise.
En dehors de ces cas, la nature du solvant compatible avec le traitement doit être indiquée de même que le volume de dilution.
Dans le cas d'une seringue ou d'un diffuseur, l'acronyme Q.S.P. (quantité suffisante pour) peut être utilisé afin d'ajuster la concentration.
- **Durée du traitement**
La date de début de la cure est la date du premier jour de la première administration du traitement à domicile.
La date de fin de la cure doit être indiquée ou, à défaut, la durée du traitement.

Voies d'abord :

Ne cocher qu'une seule case parmi les 4 propositions suivantes : veineuse centrale, veineuse périphérique, sous-cutanée et péri-nerveuse. Seuls les traitements administrés par la voie désignée sont prescrits sur ce formulaire.

Lorsque la voie d'abord est veineuse centrale :

- il doit être précisé s'il s'agit d'une chambre implantable d'un cathéter central ou d'un cathéter central à insertion périphérique « Picc Line ».
- en cas de perfusion par voie centrale réalisée sur plusieurs cycles de cures, si la voie implantée n'est pas mobilisée pendant au moins 7 jours durant ou à la suite de la cure décrite, un des **forfaits d'entretien** de cette voie centrale peut être pris en charge. Cochez la case dédiée en indiquant si cela concerne ou non un « Picc Line ».

Mode d'administration

Un seul mode d'administration doit être choisi. Dans la mesure du possible, lorsque plusieurs modes d'administration peuvent convenir pour la perfusion d'un produit, le prescripteur choisit la perfusion par gravité avant le diffuseur ou le système actif électrique, et le diffuseur avant le système actif électrique; ce choix doit tenir compte de l'impact qu'aurait le mode d'administration au patient sur sa mobilité ou son autonomie.

Une perfusion par diffuseur doit avoir une durée supérieure ou égale à 30 minutes. D'une manière générale une perfusion par système actif électrique doit avoir une durée supérieure ou égale à 60 minutes, à l'exception de cas particuliers, justifiés par la nature des produits à perfuser, la nécessité d'un débit spécifique ou une succession de perfusions. Dans l'hypothèse où il serait dérogé à cette durée minimale de 60 minutes pour une perfusion par système actif électrique, le médecin prescripteur en avertit, par courrier justificatif, le médecin conseil de l'assurance maladie.

Lorsque le traitement est administré par système actif électrique, précisez son caractère « fixe » ou « ambulatoire ».

Lorsque le traitement, administré par diffuseur ou système actif électrique, est préparé et rempli en établissement de santé, la case prévue à cet effet doit être cochée.

Médicament à perfuser seul

Pour une voie d'abord donnée, si le prescripteur juge qu'un médicament doit être perfusé seul en raison d'un risque d'interaction ou de l'incompatibilité avec un autre des produits perfusés sur cette voie, la case correspondante doit être cochée. Dans ce cas et sauf exception, un schéma thérapeutique doit être établi et mis à disposition de l'infirmier en charge des soins.

Commentaires

Aucun traitement ne doit être prescrit dans cette partie. Si plus de deux traitements sont prescrits pour une voie d'abord, un autre formulaire doit être utilisé.

Lorsqu'il le juge nécessaire, le prescripteur pourra compléter la prescription en précisant les matériels indispensables pour garantir la sécurité de l'administration des produits.

Lorsqu'un produit doit être perfusé seul ou si la multiplicité des traitements le rend nécessaire, un schéma thérapeutique précisant les horaires de début d'administration, ou de renouvellement de dispositif en cas d'administration continue, peut être réalisé dans cette case.