

## FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HAD)

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE	PATIENT
Date de la prescription :                     Initiation d'une perfusion à domicile Renouvellement ou modification	Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance :                     Poids (en kg) : _____ N° d'assuré :                     Soins en rapport avec une ALD

IDENTITÉ DU PRESCRIPTEUR	STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, éts ou centre de santé)
Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone :                     Identifiant RPPS* :                     *(répertoire partagé des professionnels de santé)	Raison sociale : _____ Adresse : _____ N° Finess** géographique :                     N° AM*** :                     **(fichier national des établissements sanitaires et sociaux) *** (numéro assurance maladie du prescripteur)

DESTINATAIRES et/ou OBJET	PATIENT	VILLE	HÔPITAL (HAD)
1 <i>pharmacien d'officine ou hospitalier</i>	1	2.1 Produit(s) à perfuser : <i>pharmacien d'officine ou prestataire ou pharmacien d'officine</i>	2.2 Prestation(s) et dispositifs médicaux : <i>prestataire ou pharmacien d'officine</i>
		2.3 Copie pour information : <i>infirmier libéral en charge des soins</i>	3 Hospitalisation à domicile (HAD)

- Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec la 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 la coche 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.

		Voie d'abord	Mode d'administration
<b>PRODUIT À PERFUSER n°1</b>	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).	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 :
	Durée d'administration d'une perfusion :    heure(s) et    minutes	Entretien Intercure : VC sauf PICC LINE Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en éts de santé de transfusion sanguine) Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case :
	Nombre total de perfusions : Date de début de la cure :	Fréquence de la ou des perfusions :    par...    ... jour ...    semaine ...    mois Date de fin de la cure :    ou    Durée de la cure :                        ↙    jours	

*Est défini ci-dessous la cure d'un autre produit à perfuser, ou le nouveau cycle de cure d'un produit déjà renseigné :*

		Voie d'abord	Mode d'administration
<b>PRODUIT À PERFUSER n°2</b>	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).	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 :
	Durée d'administration d'une perfusion :    heure(s) et    minutes	Entretien Intercure : VC sauf PICC LINE Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en éts de santé de transfusion sanguine) Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case :
	Nombre total de perfusions : Date de début de la cure :	Fréquence de la ou des perfusions :    par...    ... jour ...    semaine ...    mois Date de fin de la cure :    ou    Durée de la cure :                        ↙    jours	

COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR	AUTRE CURE(S) de PERF ou NPAD
	<p><b>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 ?</b></p> <p style="text-align: center;">Oui      Non</p> <p>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</p> <p><b>Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ?</b></p> <p style="text-align: center;">Oui      Non</p> <p>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.</p>

Si d'autres cures de produits sont prescrites, compléter par un ou d'autres formulaires.

SIGNATURE : \_\_\_\_\_