

## Modèle d'ordonnance pour pansement simple

### Identification du prescripteur

NOM, Prénom

n°ADELI

ou n°FINESS de l'établissement

Le                    /                    /

### Identification du patient

NOM, Prénom

date de naissance

### Soins en rapport avec une ALD exonérante:

- OUI  
 NON

**Faire pratiquer par une IDE à domicile**, un pansement simple,  
tous les jours, dimanches et jours fériés inclus,  
puis selon l'évolution de la plaie, à l'appréciation de l'IDE.

- nombre de plaies:
- localisation de la (des) plaie(s):
- type de pansement:
  - stripping varices
  - plastie mammaire
  - abdominoplastie
  - autre:

**QSP 3 mois à renouveler**

**Signature du prescripteur:**

## Modèle d'ordonnance pour pansement lourd ou complexe

### Identification du prescripteur

NOM, Prénom

n°ADELI

ou n°FINESS de l'établissement

Le                    /                    /

### Identification du patient

NOM, Prénom

date de naissance

### Soins en rapport avec une ALD exonérante:

- OUI
- NON

**Faire pratiquer par une IDE à domicile**, un pansement lourd ou complexe,  
tous les jours, dimanches et jours fériés inclus,  
puis selon l'évolution de la plaie, à l'appréciation de l'IDE.

- nombre de plaies:
- localisation de la (des) plaie(s):
- si besoin:
  - irrigation
  - détersion
  - méchage
  - contention veineuse
  - nécessité d'une analgésie topique:
  - autre:

**QSP 3 mois à renouveler**

**Signature du prescripteur:**

## Modèle d'ordonnance pour administration et surveillance d'une thérapeutique orale

### Identification du prescripteur

NOM, Prénom

n°ADELI

ou n°FINESS de l'établissement

Le                    /                    /

### Identification du patient

NOM, Prénom

date de naissance

### Soins en rapport avec une ALD exonérante:

- OUI  
 NON

**Faire pratiquer par une IDE à domicile**, l'administration et la surveillance d'une  
thérapeutique orale,  
..... fois par jour, dimanches et jours fériés inclus.

**QSP 6 mois à renouveler**

**Signature du prescripteur:**

## Modèle d'ordonnance pour un patient insulino traité

### Identification du prescripteur

NOM, Prénom

n°ADELI

ou n°FINESS de l'établissement

Le                    /                    /

### Identification du patient

NOM, Prénom

date de naissance

### Soins en rapport avec une ALD exonérante:

- OUI  
 NON

### Faire pratiquer par une IDE à domicile,

tous les jours, dimanches et jours fériés inclus.

- Surveillance et observation de la glycémie capillaire ..... fois par jour
- Injection d'insuline  
*Nature d'insuline:*  
*Nombre d'injections par jour:*
- Nécessité d'au moins un passage entre 21h00 et 7h00

**QSP 6 mois à renouveler**

**Signature du prescripteur:**

## Modèle d'ordonnance pour bilan de soins infirmiers (BSI)

### Identification du prescripteur

NOM, Prénom

n°ADELI

ou n°FINESS de l'établissement

Le                    /                    /

### Identification du patient

NOM, Prénom

date de naissance

### Soins en rapport avec une ALD exonérante:

- OUI  
 NON

Faire pratiquer par une IDE à domicile, un bilan de soins infirmiers pour  
personne dépendante.

QSP 12 mois

Signature du prescripteur:



# 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.