

Modèle d'ordonnance de prescription pour perfusion

Identification du prescripteur

NOM, Prénom

Numéro RPPS

Numéro AM ou FINESS établissement

Le.....20....

Identification du patient

NOM, Prénom,

Date de naissance

A compléter pour chaque produit :

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui ☐ Non ☐

Faire pratiquer à domicile par une IDE à compter du:

Une perfusion de

Voie d'abord :

- ☐ Fréquence et/ou horaire de passage : *(si nécessité médicale, apposer la mention « nuit » ou « intervalle de 12 heures » si 2 injections/jour)*

Les jours d'intervention *(préciser si dimanche et jours fériés inclus)*

Pour une séance d'une durée de *(préciser si nécessité de la présence physique de l'IDE pendant toute la durée de la perfusion).*

- ☐ Pendant..... jours

Cachet et signature du prescripteur