

## Modèle d'ordonnance IDE n°6 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