



Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
des Hauts-de-France

Prescriptions de perfusions à domicile - **PERFADOM**

Retour d'expérience au Centre Oscar Lambret

Dr. Guillaume MARLIOT

Contexte

- 2017 : intégration au CAQES de la thématique du lien avec les PSAD (C1412/I1413)
 - Incitation à mise en place de chartes en vue de réguler l'intervention des PSAD au sein de l'établissement
- 2017-2018 : Interventions auprès du corps médical (CME) et cadres IDE
- 2019 : Adoption et signatures de la charte des Bonnes Pratiques avec PSAD

**Charte de Bonnes Pratiques
des prestataires de dispositifs médicaux et de
prestations à domicile inscrits à la LPP**

NOM de l'établissement de santé :

Adresse :

N° FINESS :

Cette charte ne s'applique pas aux professionnels de soins primaires déjà soumis à convention avec l'assurance maladie.

Cette charte définit :

- les engagements sociaux des prestataires de dispositifs médicaux et de prestations à domicile,
- un « guide » des bonnes pratiques, des règles d'exercice et de relations avec les établissements de santé, sur le champ du domicile dans le cadre des Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville.

On entend par « prestataire » soumis à cette charte la structure en charge de la prestation, c'est-à-dire un prestataire de service ou un distributeur de matériel.
(NB : le pharmacien d'officine peut proposer la fourniture de matériel au titre de ses missions et de sa convention)

Les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont des structures d'hospitalisation qui interviennent au domicile pour des patients nécessitant des soins complexes et coordonnés. Ainsi, cette charte ne s'applique pas aux prestataires pour des patients pris en charge par une HAD.

Les dispositions spécifiques à certaines prestations (Dispositifs et traitements pour affection respiratoire, nutrition entérale, parentérale à domicile, insulinothérapie par pompe, perfusion, ...) sont détaillées dans la nomenclature propre à chaque dispositif et s'imposent aux prestataires.

IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE

Nom commercial :	
N° de facturation Assurance Maladie :	
N° SIRET :	
Adresse siège social :	
Téléphone :	
Personne référente :	

Date de signature : ___/___/___

Charte de Bonnes Pratiques des prestataires de dispositifs médicaux et de prestations à domicile LPP
Modèle A22 / Assurance-Maladie / Domicile/État de France le 19/07/2016 Page 1

Circuit de gestion de l'intervention des PSAD au COL

- Charte de Bonnes Pratiques
- Cahier des charges complémentaire
 - Critères complémentaires (qualité/sécurité)
 - Cellule coordonnée par Cadre IDE référente PSAD
 - Travaillé en lien avec CME
 - Analyse des demandes par cellule + PCME + Pharmacien Gérant + Direction des Soins infirmiers
- Liste institutionnelle de PSAD

Cas des perfusions continues de 5FU

- 2019 :
 - Remise à plat des pratiques au regard des chartes de BP
 - Réflexion achat diffuseurs par établissement (20 à 25k€ de surcout par an)
 - Echanges avec PSAD sur évolution des pratiques



Analyse de la situation en 2019

	Fourniture du diffuseur par PSAD		Fourniture du diffuseur par Etablissement de Santé		Avec système actif électrique	
Forfait d'installation	-	-	-	-	PERFADOM3-I-REMPLE-ES-SA-ELEC	164,86€
Forfait de suivi	PERFADOM8-S-DIFF	45,79€	-	-	PERFADOM7E-S-SA-ELEC	100,75€
Forfait consommables	PERFADOM34-C-DIFF=1/S	32,14€	PERFADOM24-C-DEBR-DIFF	13,80€	PERFADOM27-C-SA=1/S	35,72€
	TOTAL/Semaine	77,93€	TOTAL/Semaine	13,80€	TOTAL/Semaine 1^{ère} cure	301,33€
					TOTAL/Semaine Autres cures	136,47€

Nouvelle opportunité, nouveaux indicateurs CAQES

- Indicateur relatif aux PERFADOM
- Fin 2019 :
 - Proposition aux établissements volontaires de tester les nouveaux indicateurs
- Début 2020 :
 - Validation du COL comme établissement testeur régional pour l'indicateur :
« Prescriptions de PERFADOM »

2020



LA VOIX DU NORD

LILLE « On sera confinés au moins quatre semaines », l'avis du P^r Froguel

100 ANS DE POLONIA

UN HÔPITAL TRANSFORMÉ EN MACHINE DE GUERRE

Alors que l'épidémie est rapide avec un doublement du nombre de cas tous les jours, deux ont suffi aux personnels soignants du CHU de Lille pour transformer l'hôpital Calérotte en hôpital totalement dédié (hors réanimation) aux patients fragiles atteints du Covid-19. Un hôpital 1000000

ATTENTION au usage : « On verbalise ! » Cette fois, les contrôles des forces de l'ordre se durcissent

2 comme : Ces entreprises qui se réinventent pour fabriquer gel hydroalcoolique et masques

3 comme : Grands médias du confinement, les stars-à-ri ne seront pas au aller



2022

	Remplissage et branchement réalisé au cours d'un séjour dans un établissement de santé		Remplissage et branchement réalisé au cours d'un séjour dans un établissement de santé	
	Diffuseur		Système actif électrique	
Forfait d'installation	-	-	PERFADOM3-I-REMPLI-ES-SA-ELEC	164,86€
Forfait de suivi	PERFADOM8-S-DIFF	45,79€	PERFADOM7E-S-SA-ELEC	100,75€
Forfait consommables	PERFADOM24-DEBRANCH-DIFF	13,80	PERFADOM45-C-DEBR-SA	13,80€
	TOTAL/Semaine	59,59€	TOTAL/Semaine 1^{ère} cure	279,41€
			TOTAL/Semaine Autres cures	114,55€

PERFUSION À DOMICILE



INFORMATION MODIFICATION DES PRATIQUES

Depuis maintenant plusieurs années, et sous l'impulsion de l'Agence Régionale de Santé et de l'Assurance Maladie, les équipes du Centre Oscar Lambret se sont impliquées dans une démarche vertueuse de régulation des dépenses de santé générées en ville, tout en privilégiant la qualité et la sécurité de votre prise en charge.

Cette volonté s'est traduite notamment par l'optimisation des prises en charge des perfusions à domicile. Des différences de coûts très significatives existent entre les différents modes de perfusion.

Il nous est donc apparu nécessaire d'identifier parmi les plus adaptés, ceux garantissant les meilleures conditions de sécurité à moindre coût pour les collectivités.

Dans ce cadre, nous avons retravaillé les conditions de prise en charge des perfusions de 5-fluorouracile, en lien avec les prestataires de santé qui coordonnent et assurent le suivi de votre retour à domicile.

Nous avons fait le choix d'opter pour une perfusion par diffuseur, dispositif de perfusion non électrique, vous apportant une meilleure autonomie et un plus grand confort à domicile tout en maintenant une prise en charge de qualité à moindre coût pour l'Assurance Maladie. Ce changement vise également à répondre à vos nombreux retours d'expérience témoignant d'insatisfactions par rapport aux systèmes de perfusion électriques plus contraignants.

Nos équipes restent à votre entière disposition pour toute question relative à votre prise en charge.

Centre Oscar Lambret

M - 52 ans

Recommandations ECH Patient sous tutelle Allergie méd Incluse en étude Statut LTA

229012537 - 0604 - 01/06/2022 - 01/06/2022 - (HDJ ADULTE-06)

Date de naissance : [redacted] Non NC

Nom de naissance : [redacted] Taille : 185 cm Surface : 1,78 m² Poids : 58 kg I.M.C. : 16,95 kg/m²

Menu

- Fonctions Transversales
- Mon Patient
- Alertes
- Rendez-Vous
- Prise En Charge Médicale
- Instructions
- Autorisation de sortie
- Suivi du recueil
- Suivi de correspondance
- Interventions opératoires
- Validation pharmaceutique...
- Antécédents et allergies
- Synthèse
- Résultats
- Prescriptions Médicales
- Historique doses cumul...
- Ordonnances
- Recueil médical
- Comptes-Rendus
- Pancarte
- Prescriptions Soignants
- Recueil soignant
- Transmissions
- Recueil paramédical
- DIRHM
- Outil bureautique
- Documents externes
- Médecins corresponda...
- Médecins et Correspon...
- Documents des EHR
- Identité
- Photo du patient
- Séjour

Prescriptions Médicales

Vue par date

Depuis [] jours, ou depuis le []

Tous les séjours

- 15/06/2022 12:16 - Dossier de soins Hdj
- 15/06/2022 11:59 - Perfadom SFU diffuseur 230ml /46h 5ml/h
- 15/06/2022 11:42 - LETTRE SORTIE HDJ - NGUYEN THI LAN AN
- 15/06/2022 11:42 - Oncologie médicale-Hdj
- 13/06/2022 16:19 - ONCOG-Mots dans le dossier - URODIG-03
- 13/06/2022 00:00 - DOC_EXT BIOLOGIE
- 08/06/2022 00:00 - DOC_EXT ORL
- 01/06/2022 14:43 - Pancarte
- 01/06/2022 10:57 - Dossier de soins Hdj
- 01/06/2022 09:40 - Perfadom SFU diffuseur 230ml /46h 5m
- 01/06/2022 08:44 - Ordo TDM - NOEUVEGLISE MAXIME
- 01/06/2022 08:40 - Ordo ttt sympt moyen émetisant - NOEUVEGLISE MAXIME
- 01/06/2022 08:37 - LETTRE SORTIE HDJ - NOEUVEGLISE MAXIME
- 01/06/2022 08:37 - Oncologie médicale-Hdj
- 30/05/2022 00:00 - DOC_EXT BIOLOGIE
- 19/05/2022 00:00 - SUIVI NUTRITIONNEL A DOMICILE
- 18/05/2022 13:32 - Pancarte
- 18/05/2022 10:43 - Consultation diététique
- 18/05/2022 10:08 - Dossier de soins Hdj
- 18/05/2022 08:13 - Demande de TEP FDG md nuc
- 17/05/2022 17:57 - Ordo Biologie - LEMAITRE JOSEPHINE
- 17/05/2022 17:55 - Perfadom SFU diffuseur 230ml /46h 5ml/h
- 17/05/2022 17:50 - URODIG-OK CURE ?
- 17/05/2022 16:33 - Ordo Biologie - EL HAJBI FARID
- 17/05/2022 16:32 - Ordo Emla patch - EL HAJBI FARID
- 17/05/2022 16:28 - URODIG-Consultation ancien
- 17/05/2022 00:00 - CONSULTATION MEDICINE DIGESTIVE
- 16/05/2022 00:00 - DOC_EXT BIOLOGIE
- 16/05/2022 00:00 - DOC_EXT BIOLOGIE
- 12/05/2022 00:00 - DOC_EXT IMAGERIE
- 02/05/2022 21:03 - CONSIGNÉ SICOL
- 02/05/2022 15:19 - Ordonnance - RETHOUZE FANNY
- 02/05/2022 14:49 - Pancarte
- 02/05/2022 14:35 - Consultation diététique
- 02/05/2022 13:27 - CR_CBP_BIO_HEMATO
- 02/05/2022 11:23 - Dossier de soins Hdj
- 02/05/2022 11:10 - E.C.G
- 02/05/2022 10:19 - Ordo Biologie - RETHOUZE FANNY
- 02/05/2022 10:17 - Perfadom SFU diffuseur 230ml /46h 5ml/h
- 02/05/2022 09:50 - LETTRE SORTIE HDJ - RETHOUZE FANNY
- 02/05/2022 09:50 - Oncologie médicale-Hdj
- 02/05/2022 09:48 - FINI ELECTROCARDIOGRAMME (ECG)
- 02/05/2022 09:48 - FINI POTASSIUM.
- 02/05/2022 09:00 - NTR
- 02/05/2022 00:00 - EGG
- 29/04/2022 15:55 - Ordonnance - PRONNIER AGATHE
- 29/04/2022 00:00 - DOC_EXT BIOLOGIE

Recherche rapide

Libellé	Date du	Responsable	Rédacteur	Transcripteur	Statut
Perfadom 5FU diffuseur 230ml /46h 5ml/h	01/06/2022 09:40	NOEUVEGLISE MAXIME	NOEUVEGLISE MAXIME	NOEUVEGLISE MAXIME	Envoyé
Perfadom 5FU diffuseur 230ml /46h 5ml/h					

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

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE

Date de la prescription : mercredi 1 juin 2022

Initiation d'une perfusion à domicile Renouvellement ou modification

PATIENT
 Nom : [redacted] Prénom : [redacted]
 Date de naissance : 26/12/1969 Poids (en Kg) : 59
 N° d'assuré : 169125901705535 Soins en rapport avec une ALD

IDENTITÉ DU PRESCRIPTEUR
 Nom et Prénom : ELHAJBI FARID
 Téléphone : 03 20 29 59 59
 Identifiant RPPS : 10100372563
 N° Finess : 990000188 N° AM : [redacted]
 ** (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) *** (Numéro assurance maladie du prescripteur)

STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, été ou centre de santé)
 Raison sociale : CENTRE OSCAR LAMBRET
 Adresse : 3 rue Frédéric Combemale, BP 307, 59020 LILLE Cedex

DESTINATAIRES et/ou OBJET

1 PATIENT

2-1 Produits à perfuser : Pharmacie d'officine ou hospitalier

2-2 Préparation et dispositif médicaux : Pharmacie ou Pharmacie d'officine

2-3 Casse pour information : Infirmerie liée en charge des soins

3 HÔPITAL (HAD) : Hospitalisation à domicile (HAD)

Si/Une perfusion est en ville, il s'agit d'un exemplaire du formulaire sans déballer et signer avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1, 2, 3, 2, 2, et 2, 3 ci-dessus).
 Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'HAD, 2 exemplaires sont réalisés et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1, et 3 ci-dessus).
 Si/Un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'hospitalisation à domicile (HAD).
 Si/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.5136-6 du code de la santé publique.

PRODUIT À PERFUSER #1

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)

5 - Fluorouracile 230 ml 5 ml/h

Voie d'abord : Veineuse centrale (VC) chambre implantable cathéter central cathéter central à insertion périphérique Péri-nerveuse Veineuse périphérique Souv-cutanée

Mode d'administration : Greivité Diffuseur Système actif électrique ambulatoire fixe

En cas de ramassage sous l'épave d'un établissement de santé, cocher cette case :

Entretien Interne : VC sans PICC LINE Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE) Transfusoir (transfusion de produits sanguins labiles en aprotéine transfusion sanguine)

Si le traitement est à perfuser (PICC LINE) SEUL, cocher la case :

Fréquence de la ou des perfusions : 1 par jour

Nombre total de perfusions : 1

Date de début de la cure : 01/06/2022 Date de fin de la cure : ou Durée de la cure : 2 jours

PRODUIT À PERFUSER #2

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)

Voie d'abord : Veineuse centrale (VC) chambre implantable cathéter central cathéter central à insertion périphérique Péri-nerveuse Veineuse périphérique Souv-cutanée

Mode d'administration : Greivité Diffuseur Système actif électrique ambulatoire fixe

En cas de ramassage sous l'épave d'un établissement de santé, cocher cette case :

Autres cas de perfusions à domicile

- Identification des prescriptions de sortie (AM +++)
 - Antibiotiques
 - Antiémétiques
 - ...
- Analyse des pratiques (collégiale, harmonisation)
- Retour vers les prescripteurs (CME)

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

DATE DE LA PRESCRIPTION Date de la prescription : [REDACTED] <input type="checkbox"/> Initiation d'une perfusion à domicile <input type="checkbox"/> Renouvellement ou modification	PATIENT Nom : [REDACTED] Prénom : [REDACTED] Date de naissance : 11/08/1974 Poids (en kg) : [REDACTED] N° d'assuré : [REDACTED] <input type="checkbox"/> Soins en rapport avec une AID
---	--

IDENTIFIANT DU PRESCRIPTEUR Nom : [REDACTED] Prénom : [REDACTED] Téléphone : [REDACTED] Identifiant RPP : [REDACTED] (notice) <small>* (répertoire partagé des professionnels de santé)</small>	STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinets, centres de soins, centres de santé) Raison sociale : CENTRE OSCAR LAMBRET Adresse : SERVICE GYNÉCOLOGIE 59000 LILLE N° Finass SM géographique : [REDACTED] N° AM SM : [REDACTED] <small>** (tableau et liste des établissements Sanitaires et Soins) *** (numéro assurance maladie du prescripteur)</small>
---	--

DESTINATAIRES ET/OU OBJET <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.1 Produits à perfuser : Pharmaciens d'officine ou hospitalier	<input type="checkbox"/> 2.2 Prestataires et dispositifs médicaux : Prestataire ou Pharmaciens d'officine	<input type="checkbox"/> 2.3 Coque pour information : Infirmier libéral en charge des soins	<input type="checkbox"/> 3 Hôpital/gazier à domicile (HAD)
--	--	---	---	--

- ☑ Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le cache 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 cache 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°3	Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... : <small>(un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile car dans le cadre d'une HAD).</small> ROCEPHINE 1G DANS 100 ML DE SSI 0,9%	<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 checked="" type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<input type="checkbox"/> Gravité <input checked="" type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> fixe En cas de réutilisation pour l'usage d'un établissement de santé, cocher cette case : <input type="checkbox"/>
	Durée d'administration d'une perfusion : (..... heures) et 30 minutes	<input type="checkbox"/> Entretien intraveineux : <input type="checkbox"/> VC soit PICC LINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	<input type="checkbox"/> Transfuseur (intégration de produits sanguins labiles en cas de transfusion sanguine)
	Nombre total de perfusions : 4	Fréquence de la ou des perfusions : 1 par semaine	
	Date de début de la cure : 11/10/2020	Date de fin de la cure : 17/10/2020 ou Durée de la cure : 4 jours	

Coût hebdomadaire (Forfaits I/C/S)

- 1 perfusion / jour :
- Diffuseur : 490,88€ (PERFADOM 4 + 8 + 37)
 - Gravité : 121,81€ (PERFADOM 6 + 18)

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

COCHER LES CAS CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE : <input type="checkbox"/> Renouvellement ou modification		PATIENT Nom : [REDACTÉ] Date : [REDACTÉ] N° d'assuré : [REDACTÉ] <input checked="" type="checkbox"/> Soins en rapport avec une ALD	
IDENTITÉ DU PRESCRIPTEUR Nom : Prénom : Téléphone : Identifiant RPPS - : [REDACTÉ] [voir notice] <small>* (registre partagé des professionnels de santé)</small>		STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, ets ou centre de santé) Raison sociale : Adresse : N° Finess** géographique : N° AM*** : <small>** (titulaire national des établissements Sanitaires et Soins) *** (numéro assurance maladie du prescripteur)</small>	
DESTINATAIRES et/ou OBJET	PATIENT <input type="checkbox"/>	VILLE <input checked="" type="checkbox"/> 2.1 Produits à perfuser : Pharmacie d'officine ou hospitalier <input type="checkbox"/> 2.2 Prestation(s) et dispositifs médicaux : Prestataire ou Pharmacie d'officine <input type="checkbox"/> 2.3 Copie pour information : 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 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, soignant, ... : <small>(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).</small> PRIMPERAN 10 mg x3/jour $\Delta = 1$ ZOPHREN 8 mg x2/jour SOLUMEDROL 40 mg x1/jour $\Delta = 3$ NaCl 0,9% 100 ml x 3/jour $\Delta = 11$ NaCl 0,9% 50 ml x 3/jour $\Delta = 11$ Durée d'administration d'une perfusion : 00 heure(s) et 30 minutes		Voie d'abord <input checked="" type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) : <input checked="" type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Périneuseuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée
	Nombre total de perfusions : Date de début de la cure : 29/08/2019	Fréquence de la ou des perfusions : 3 par... <input type="checkbox"/> jour <input checked="" type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois Date de fin de la cure : ou Durée de la cure : 4 jours	Mode d'administration <input type="checkbox"/> Gravité <input checked="" type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> fixe En cas de remblissage sous l'aide d'un établissement de santé, cocher cette case : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Ets de transfusion sanguine)
Est défini ci-dessous le cycle d'un produit à perfuser, ou le nouveau cycle de cure d'un produit déjà prescrit :		Voie d'abord	Mode d'administration

Coût hebdomadaire (Forfaits I/C/S)

- 3 perfusions / jour :
- Diffuseur : 857,30€ (PERFADOM 4 + 8 + 39)
 - Gravité : 250,03€ (PERFADOM 6 + 20)



Sensibilisation
des prescripteurs
avec exemples
concrets



Harmonisation
collégiale des
pratiques



Ordonnances
informatisées
type PERFADOM
pré-paramétrées

MERCI

