

PROTOCOLE D'UTILISATION DES PRESCRIPTIONS DE SOINS INFIRMIERS

Objet :

Ce protocole décrit l'utilisation de différentes ordonnances types de prescriptions de soins infirmiers à utiliser afin d'économiser du temps médical.

Ce protocole reprend les différents intitulés de la nomenclature des soins infirmiers qui permettent une facturation correcte des infirmiers libéraux à la CPAM, et qui évitera aux IDEL de rappeler les médecins pour des modifications éventuelles de leur prescription.

Référence : NGAP – version du 18/08/2023

Articles R4127-34, R4312-42, R5132-3, L. 4311-1 du Code de la Santé Publique
Kit de prescriptions de soins infirmiers de l'Assurance Maladie

Professionnels concernés : infirmiers libéraux (IDEL), médecins, pharmaciens

Groupe de travail : Coordination Départementale Ville-Hôpital, CPTS du 28, GHT, CPAM et ELSM d'Eure et Loir

Pour toutes les ordonnances :

Le prescripteur (médecin) s'identifie dans la case en haut à gauche du document où il peut y apposer son tampon (comprenant les mentions légales). Il renseigne la date, l'identité du patient ainsi que sa date de naissance. Il coche ensuite les éléments correspondants à sa prescription, qu'il peut compléter si besoin. Il signe la prescription. Ces prescriptions peuvent être intégrées dans les logiciels métier de chaque professionnel.

La prescription est transmise au patient (et déposée sur Mon Espace Santé), le protocole de soins est transmis à l'infirmier.

1. **Ordonnance « Prescription de soins infirmiers de pansement(s) »**

Elle doit être associée à l'ordonnance « Prescription du matériel de pansement(s) ».

2. **Ordonnance « Prescription du matériel de pansement(s) »**

Cette prescription, très succincte, évitera la délivrance de matériel parfois non adapté donc non utilisé. Les infirmiers libéraux pourront, après prise en charge du patient, prescrire le matériel le plus adéquat (en informant les médecins de la prescription), dans la limite de leur droit de prescription.

Le médecin pourra compléter cette prescription (sur les lignes complémentaires) ou établir, s'il le souhaite, sa propre ordonnance.

3. **Ordonnance Insuline** : à compléter selon le protocole médical.

4. **Prescription injection** : à utiliser pour toutes les autres prescriptions injectables (SC/IM/IV).

5. **Prescription pour administration et surveillance d'une thérapeutique orale à domicile** : à utiliser pour le passage d'une infirmière une ou plusieurs fois par jour pour l'administration et la surveillance d'une thérapeutique orale.

6. **Prescription pour surveillance et observation lors de la mise en œuvre d'un traitement ou en cas de modification**

Cette ordonnance permet à l'infirmier de surveiller le patient lors d'une modification de thérapeutique médicale ou lors de sa mise en œuvre (traitement antihypertenseur, antidiabétiques oraux, collyres post-opérateurs par exemple).

Attention : cette prescription est limitée à 15 passages.

7. Prescription perfusion(s)

Cette ordonnance type permet la prescription de perfusions quel que soit la voie d'abord, le mode d'administration ou la surveillance (éléments à sélectionner sur le document). Deux perfusions simultanées sont possibles. Cette prescription est à destination aussi bien des pharmaciens que des infirmiers.

8. Ordonnance Bilan de Soins Infirmiers (BSI)

Ce nouvel outil entièrement dématérialisé est disponible sur Amelipro avec la carte CPS. Il vise notamment à favoriser la coordination des soins prodigués au patient entre l'infirmier et le médecin. En effet, il permet à l'infirmier à la suite de la prescription médicale de soins pour dépendance, de faire une évaluation de l'état de santé du patient dépendant afin d'établir un plan de soins infirmiers personnalisé. La synthèse de ce plan de soins est soumise au médecin pour avis directement via le téléservice (validation et éventuelles observations sous 5 jours).

Le BSI est à renouveler chaque année et nécessite une nouvelle prescription de soins infirmiers. L'infirmier pourra toutefois à son initiative, si la situation clinique du patient le nécessite, procéder à la réalisation d'un ou de deux BSI intermédiaires dans l'année (sans nécessité de nouvelle prescription du médecin).

- **Soins hors nomenclature (liste non exhaustive) :** préparation de pilulier, prise des constantes, pose et dépose de bas ou de bandes de contention, pose de masque d'apnée du sommeil, soins de sonde et changement de poche urinaire, instillation de collyre, changement de poche de stomie...

Les actes de compétence infirmier **non-inscrits à la nomenclature** sont non remboursables par l'Assurance Maladie, mais facturables à l'assuré(e).

A noter, ces actes ne donnent pas lieu à une cotation individuelle mais ils peuvent éventuellement faire partie du bilan de soins infirmiers (BSI) lorsqu'ils sont **prescrits au bénéfice des personnes dépendantes**.

9. Séances d'accompagnement à domicile dans la prise médicamenteuse

Cette prescription permet l'accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique. Elle concerne les patients **non dépendants, polymédiqués** et présentant des **critères de fragilité** identifiés par le médecin, et nécessite un retour écrit au médecin.

Trois séances maximum sont possibles et incluent chacune : la prise de contact, la mise en œuvre, l'évaluation et le compte-rendu.

Elles sont à réaliser dans un délai maximal d'un mois, renouvelables sur prescription une fois au cours des 12 mois suivants.

10. Séances à domicile après chirurgie ambulatoire ou RAAC

- ✓ Séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile
- ✓ Séance de surveillance et/ ou retrait de cathéter périnerveux pour analgésie postopératoire

Ces séances concernent les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de soins de réhabilitation améliorée (RAAC). Elles sont soumises à protocole écrit du médecin (**chirurgien et /ou anesthésiste**) puis transmises à l'infirmier.

N.B : modèle de protocole joint

PRESCRIPTION DE SOINS IDE DE PANSEMENTS

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° RPPS : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° AM ou FINESS : Cliquez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ici pour entrer du texte.

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui Non

En lien avec un(e) : AT MP

Soins à effectuer A domicile Au cabinet

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom, NOM : à compléter

Date de naissance à compléter

Date ou n° : à compléter le cas échéant.

Au cabinet

Nombre de plaie : Cliquez ici pour entrer du texte.	
PLAIE N°1	PLAIE N°2
Localisation /dimension Cliquez ici pour entrer du texte. Durée : Fréquence :	Localisation /dimension Cliquez ici pour entrer du texte. Durée : Fréquence :
<input type="checkbox"/> Analgésie topique	<input type="checkbox"/> Analgésie topique
<input type="radio"/> Petit pansement <input type="radio"/> Ablation de <10 fils et ou agrafes ; Date :	<input type="radio"/> Petit pansement <input type="radio"/> Ablation de <10 fils et ou agrafes ; Date :
<input type="radio"/> Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples après abdominoplastie ou chirurgie mammaire . <input type="radio"/> Pansement post-opératoire d'exérèses multiples de varices. <input type="radio"/> Pansement de stomie ou de trachéotomie <input type="radio"/> Pansement cathéter (péritonéal, extériorisé ou site implantable, picc-line).	<input type="radio"/> Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples après abdominoplastie ou chirurgie mammaire . <input type="radio"/> Pansement post-opératoire d'exérèses multiples de varices. <input type="radio"/> Pansement de stomie ou de trachéotomie <input type="radio"/> Pansement cathéter (péritonéal, extériorisé ou site implantable, picc-line).
<input type="radio"/> Ablation de >10 fils et ou agrafes ; Date : <input type="radio"/> Pansement chirurgical avec méchage ou une irrigation. <input type="radio"/> Pansement escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons. <input type="radio"/> Pansement d'amputation nécessitant détersion, épluchage, et régularisation. <input type="radio"/> Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité , nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuses et une détersion avec défibrination. <input type="radio"/> Pansement de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle. <input type="radio"/> Pansement pour perte de substance traumatique ou néoplasique , avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses. <input type="radio"/> Pansement de fistule digestive . <input type="radio"/> Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé . <input type="radio"/> Pansement d'ulcère étendue ou de greffe cutanée (surface > 60cm)	<input type="radio"/> Ablation de >10 fils et ou agrafes ; Date : <input type="radio"/> Pansement chirurgical avec méchage ou une irrigation. <input type="radio"/> Pansement escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons. <input type="radio"/> Pansement d'amputation nécessitant détersion, épluchage, et régularisation. <input type="radio"/> Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité , nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuses et une détersion avec défibrination. <input type="radio"/> Pansement de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle. <input type="radio"/> Pansement pour perte de substance traumatique ou néoplasique , avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses. <input type="radio"/> Pansement de fistule digestive . <input type="radio"/> Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé . <input type="radio"/> Pansement d'ulcère étendue ou de greffe cutanée (surface > 60cm)
<input type="checkbox"/> Pansement d'ulcère étendue ou de greffe cutanée (surface > 60cm) avec pose de compression <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pansement d'ulcère étendue ou de greffe cutanée (surface > 60cm) avec pose de compression <input type="checkbox"/>

Cachet et signature du prescripteur



PRESCRIPTION DU MATERIEL DE PANSEMENT(S)

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° RPPS : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° AM ou FINESS : Cliquez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ici pour entrer du texte.

Soins en rapport avec une ALD exonérante :

Oui

Non

Nombre de plaie : Cliquez ici pour entrer du texte.

Plaie n°1 :

Localisation /dimension Cliquez ici pour entrer du texte.

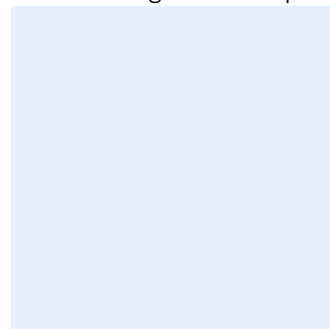
- Compresses stériles 10 x 10 : 1 boîte
- Compresses stériles 7,5 x 7,5 : 1 boîte
- Antiseptique :
- Sérum physiologique
- Pansement gras :
- Adhésif :
-
-
-
-
-

Plaie n°2 :

Localisation /dimension Cliquez ici pour entrer du texte.

- Compresses stériles 10 x 10 : 1 boîte
- Compresses stériles 7,5 x 7,5 : 1 boîte
- Antiseptique :
- Sérum physiologique
- Pansement gras :
- Adhésif :
-
-
-
-
-

Cachet et signature du prescripteur



ORDONNANCE INSULINE

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° RPPS : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° AM ou FINESS : Cliquez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ici pour entrer du texte.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ici pour entrer du texte.

Soins en rapport avec une ALD exonérante :

Oui

Non

Faire pratiquer par un **IDE à domicile** tous les jours, y compris dimanches et jours fériés.

Surveillance glycémie capillaire et adaptation des doses d'insuline (dextro)..... fois par jour

Injection d'insuline lente ou intermédiaire :

Matin

Soir

Injection d'insuline rapide en fonction du protocole :

Matin

Midi

Soir

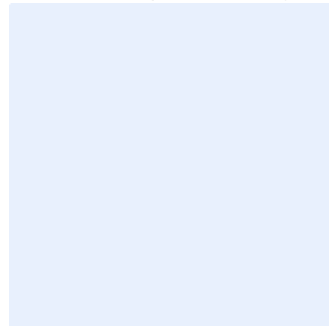
Nécessité impérieuse d'une administration avant 8h ou après 20h

oui

non

Pour une durée de :

Cachet et signature du prescripteur



PRESCRIPTION INJECTION

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Prénom, NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° RPPS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° AM ou FINESS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom, NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Soins en rapport avec une ALD exonérante :

Oui

Non

En lien avec un(e) : AT MP

Date ou n° : à compléter le cas échéant.

Patient dépendant à domicile

Soins à effectuer

A domicile

Au cabinet

Faire pratiquer par un IDE à compter du Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Une injection de (*nom + posologie*) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Voie d'administration : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Fréquence : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Nécessité : Nuit (après 20h) Intervalle de 12 heures

- Durée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Fréquence : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Dimanche et jours fériés inclus (*cocher si besoin*)

Cachet et signature du prescripteur

PRESCRIPTION POUR ADMINISTRATION ET SURVEILLANCE D'UNE THERAPEUTIQUE ORALE AU DOMICILE

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° RPPS : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° AM ou FINESS : Cliquez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ici pour entrer du texte.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ici pour entrer du texte.

Soins en rapport avec une ALD exonérante :

Oui

Non

Faire pratiquer par un IDE à domicile à compter du Cliquez ici pour entrer du texte.

- Administration et surveillance d'une thérapeutique orale à domicile¹
- Fréquence :
- Durée :

Dimanche et jours fériés

Cachet et signature du prescripteur

¹ NB : les collyres n'entrent pas dans le champ de cette prescription

PRESCRIPTION POUR SURVEILLANCE ET OBSERVATION LORS DE LA MISE EN ŒUVRE D'UN TRAITEMENT OU EN CAS DE MODIFICATION A DOMICILE

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° RPPS : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° AM ou FINESS : Cliquez ici pour entrer du texte.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ici pour entrer du texte.

Soins en rapport avec une ALD exonérante :

Oui

Non

Faire pratiquer par un IDE à domicile à compter du Cliquez ici pour entrer du texte.

- Surveillance et observation du traitement, surveillance des constantes suivantes :

Tension artérielle

Pouls

Autres :

Saturation oxygène

Poids

Surveillance glycémique

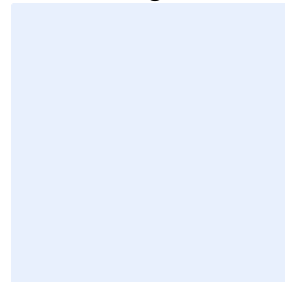
Température

- Durée (15 passages maximum) :

- Fréquence :

Dimanche et jours fériés

Cachet et signature du prescripteur



PRESCRIPTION PERFUSION(S)

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° RPPS : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° AM ou FINESS : Cliquez ici pour entrer du texte.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ici pour entrer du texte.

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui Non

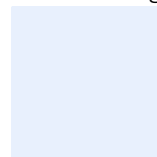
En lien avec un(e) : AT MP Date ou n° : à compléter le cas échéant.

Soins à effectuer A domicile Au cabinet

Faire pratiquer par un IDE à compter du Cliquez ici pour entrer du texte.

Nombre total de perfusion : Cliquez ici pour entrer du texte.									
PRODUIT A PERFUSER N°1	Dénomination du produit (dosage, posologie, solvant...) : Cliquez ici pour entrer du texte.		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Voie d'abord</th> <th>Mode d'administration</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <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 type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous cutanée </td> <td> <input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Fixe Surveillance continue par un IDE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE) </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Voie d'abord	Mode d'administration	<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 type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous cutanée	<input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Fixe Surveillance continue par un IDE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	
	Voie d'abord	Mode d'administration							
	<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 type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous cutanée	<input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Fixe Surveillance continue par un IDE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
<input type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)									
Fréquence ou horaire Cliquez ici.									
Date de début de la cure : Cliquez ici.	Date de fin de la cure : Cliquez ici.								
	Ou								
	Durée : Cliquez ici. jours								
PRODUIT A PERFUSER N°2	Dénomination du produit (dosage, posologie, solvant...) : Cliquez ici pour entrer du texte.		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Voie d'abord</th> <th>Mode d'administration</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <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 type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous cutanée </td> <td> <input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Fixe Surveillance continue par un IDE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE) </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Voie d'abord	Mode d'administration	<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 type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous cutanée	<input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Fixe Surveillance continue par un IDE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	
	Voie d'abord	Mode d'administration							
	<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 type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous cutanée	<input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Fixe Surveillance continue par un IDE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
<input type="checkbox"/> Entretien intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> Cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)									
Fréquence ou horaire Cliquez ici.									
Date de début de la cure : Cliquez ici.	Date de fin de la cure : Cliquez ici.								
	Ou								
	Durée : Cliquez ici. jours								

Cachet et signature du prescripteur



PRESCRIPTION BILAN DE SOINS IDE (BSI)

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° RPPS : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° AM ou FINESS : Cliquez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ici pour entrer du texte.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ici pour entrer du texte.

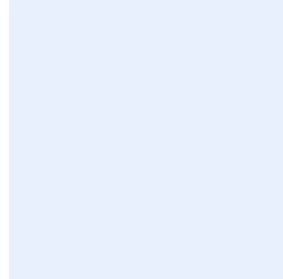
Faire pratiquer par un IDE à domicile un bilan de soins infirmiers pour patient dépendant à domicile.

Soins en rapport avec une ALD exonérante :

Oui

Non

Cachet et signature du prescripteur



PRESCRIPTION DE SURVEILLANCE ET OBSERVATION D'UN PATIENT NON DEPENDANT A DOMICILE

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° RPPS : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° AM ou FINESS : Cliquez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ici pour entrer du texte.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ici pour entrer du texte.

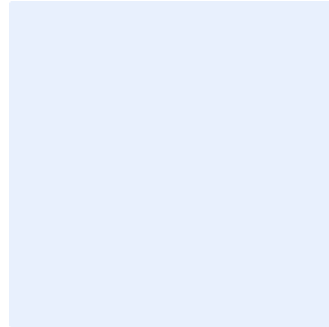
Soins en rapport avec une ALD exonérante :

Oui

Non

Séance d'accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse

Cachet et signature du prescripteur



PRESCRIPTION DE PRISE EN CHARGE DES SOINS POSTOPERATOIRES A DOMICILE

Chirurgie ambulatoire ou RAAC

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° RPPS : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° AM ou FINESS : Cliquez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ici pour entrer du texte.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ici pour entrer du texte.

Soins en rapport avec une ALD exonérante :

Oui

Non

En lien avec un(e) : AT MP

Date ou n° : à compléter le cas échéant.

Séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile

Séance de surveillance et/ou retrait de cathéter périnerveux

Date du retrait :/...../.....

Séance de surveillance et/ou retrait de drain de redon

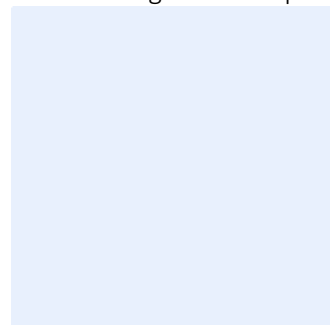
Date du retrait :/...../.....

Retrait de sonde urinaire

Date du retrait :/...../.....

Remplir IMPERATIVEMENT le protocole associé

Cachet et signature du prescripteur



PROTOCOLE IDE ASSOCIE A LA PRESCRIPTION 10

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° RPPS : Cliquez ici pour entrer du texte.

N° AM ou FINESS : Cliquez ici pour entrer du texte.

Cachet et signature du prescripteur

IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom, NOM : Cliquez ici pour entrer du texte.

Date de naissance Cliquez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ici pour entrer du texte.

SEANCE DE SURVEILLANCE CLINIQUE ET D'ACCOMPAGNEMENT POSTOPERATOIRE A DOMICILE POUR LES PATIENTS ELIGIBLES A LA CHIRURGIE AMBULATOIRE OU RAAC

Séances (3 séances max de J0 à la veille de la consultation OU de J0 à J6) :

Jour de passage	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6
COCHER le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COCHER les paramètres de surveillance	<input type="checkbox"/> signes vitaux : respiration, constantes (pouls, température, tension artérielle), état de conscience, aspect de la peau, diurèse <input type="checkbox"/> cicatrice d'incision et pansements <input type="checkbox"/> drainages et sondes <input type="checkbox"/> traitements <input type="checkbox"/> symptômes post-opératoires : agitation, douleurs, inquiétude du patient, etc.						

La séance inclut aussi:

- la vérification de la compréhension et de l'observance des consignes et des prescriptions de sortie ;
- le remplissage de la fiche de suivi postopératoire ou tout autre support où sont collectées les données de surveillance infirmière ;
- en cas d'anomalie, le contact avec l'équipe médicale par le vecteur prévu (précisez le numéro de contact) : ☎ :

SEANCE DE SURVEILLANCE ET/ OU RETRAIT DE CATHETER PERINERVEUX POUR ANALGESIE POSTOPERATOIRE

La séance inclut :

- la vérification de la compréhension et de l'observance du traitement antalgique ;
- l'évaluation de la douleur au repos et à la mobilisation ;
- la surveillance des effets secondaires, de l'étanchéité du pansement, si nécessaire du point de ponction ;
- l'appel de l'anesthésiste ou de l'équipe ressource douleur en cas d'anomalie précisez le numéro de contact) : ☎ :
- le retrait de cathéter à la date prescrite.

- Avec aidant : 1 acte/jour pendant 3 jours max du/...../..... au/...../.....
- Sans aidant : 2 actes/jour pendant 3 jours max du/...../..... au/...../.....