**Modèle d’ordonnance 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