Ordo type : **Pansements**

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le ……..……
Nom Prénom
Date de naissance

Par IDE ☐ **à domicile** ☐ **au cabinet**

Soins en rapport avec une ALD ☐ **Oui** ☐ **Non**

À compter du ……. à faire tous les ….. jours, dimanches et jours fériés inclus, pendant une durée de ….. jours.

<u>Pansements</u> :

☐ Pansements sec

☐ Pansements avec méchage

☐ Détersion manuelle

☐ Pansements d'ulcère

☐ Avec analgésie topique

☐ Autres …..

<u>Ablation fils ou agrafes</u> :

☐ À partir de ….. jours
(Intervention chirurgicale du …../…../…..)

☐ En 2 temps (48h), en fonction de l'état cutané local (cicatrisation)

<u>Soins associés</u> :

☐ Mise en place de bandes de compression veineuse

Cachet et signature du prescripteur

Ordo type : **Injection sous-cutanée**

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le ……..……
Nom Prénom
Date de naissance

Par IDE ☐ **à domicile** ☐ **au cabinet**

Soins en rapport avec une ALD ☐ **Oui** ☐ **Non**

- ⇨ Injection 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)*
- ⇨ Dimanche et jours fériés ☐ oui ☐ Non
- ⇨ Pendant ….. jours

(Intervention chirurgicale du …../…../…..)

Cachet et signature du prescripteur

Ordo type : **Thérapeutique orale**

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le ……..……
Nom Prénom
Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD ☐ Oui ☐ Non

Par IDE à domicile à compter du …… 20..

Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile du patient ….. fois par jour, dimanche et jours fériés inclus, pendant une durée de ….. mois.

Cachet et signature du prescripteur

Ordo type : **BSI Bilan de Soins Infirmiers**
(Soins liés à la dépendance, séance de surveillance hebdo)

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le ……..……..
Nom Prénom
Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD ☐ **Oui** ☐ **Non**

BSI

(valable 1 an)

(Pour personne dépendante)

Cachet et signature du prescripteur

Ordo type : **Surveillance et observation lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci (Hors nomenclature TA, Collyre)**

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le ……..……
Nom Prénom
Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD ☐ **Oui** ☐ **Non**

Par IDE à domicile
Surveillance observation d'un patient,

☐ Mise en place d'un traitement

☐ Modification d'un traitement

Dimanche et jours fériés inclus ☐ **Oui** ☐ **Non**
(Nombre de passage maximum 15 renouvelable 1 fois)

Cachet et signature du prescripteur

Ordo type : **Patient insulino-traité**

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le ……..……
Nom Prénom
Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD ☐ **Oui** ☐ **Non**

Faire pratiquer à domicile par IDE tous les jours (dimanche et jours fériés inclus) à compter du …….

- ⇨ Surveillance et observation de la glycémie capillaire ….. fois par jours
- ⇨ Injection d'insuline lente ….. ☐ matin ☐ midi ☐ soir
- ⇨ Injection d'insuline rapide ….. ☐ matin ☐ midi ☐ soir
- ⇨ Pendant ….. mois

Cachet et signature du prescripteur

Ordo type : **Prescription pour perfusion**

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le ……..……
Nom Prénom
Date de naissance

À compléter pour chaque produit :

Soins en rapport avec une ALD ☐ Oui ☐ Non

Faire pratiquer à domicile par une IDE à compter du ……

- ⇨ **Une perfusion de ……**
- ⇨ **Voie d'abord : ……**
- ⇨ **Fréquence et/ou horaire passage : …….** *(si nécessité médicale, apposer la mention « nuit » ou « intervalle de 12 heures » si 2 injections/jour)*
- ⇨ **Dimanche et jours fériés ☐ Oui ☐ Non**
- ⇨ **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