

Modèle de PRESCRIPTION DE SORTIE « NUTRITION ENTERALE A DOMICILE »

PRESCRIPTEUR	PATIENT
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone :	Date de naissance :
Service :	N° d'assuré :
Identifiant RPPS* : (*répertoire partagé des professionnels de santé)	Poids :kg Age : ans
ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU PRESCRIPTEUR	Date prescription
Raison sociale :	Date de la prescription :
Adresse :	☐ Soins en rapport avec une ALD
N° FINESS géographique : (fichier national des établissements sanitaires et sociaux)	

FORFAIT		
Choisir le forfait couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service	Dont matériel fourni	Code LPP
☐ Forfait hebdomadaire de nutrition entérale par gravité (sans pompe)	Tubulures gravité (1/jour)	1.111.902
☐ Forfait hebdomadaire de nutrition entérale par pompe	Pompe et tubulures (1/jour)	1.176.876
☐ Forfait de première installation de la nutrition pour 14 jours <i>Ce forfait s'ajoute à l'un des 2 forfaits hebdomadaires.</i> <i>Une seule fois pour un malade. Le 1er renouvellement est effectué pour une durée maximale de 3 mois, par le service à l'origine de la prescription initiale, après une visite effectuée par le prestataire à la fin de la période initiale de 14 jours.</i>	Pied à sérum, carnet de suivi	1.153.480
☐ Prescription de renouvellement pour 3 mois	☐ Prescription de renouvellement pour 1 an	

PRODUITS DE SANTÉ			
☐ Sonde nasogastrique silicone ou polyuréthane	Charrière	Changement 1 fois/mois	1.193.780
☐ Bouton de gastrostomie Long	Charrière	Changement 2 à 4 fois/an	1.154.099
☐ Prolongateur de bouton de gastrostomie		Changement 1 fois/sem.	1.152.060
☐ Sonde de remplacement gastro / jéjuno stomieCharrière		Changement 2 à 4 fois/an	1.168.411
Nutriment 1 : ,mL, fois/jour, débit mL/h, horaires			
Hydratation:mL d'eau (incluant les rinçages et administrations de médicaments) A la seringue / Avec une poche à eau			
Nutriment 2 : ,mL, fois/jour, débit mL/h, horaires			
Nutriment 3 : ,mL, fois/jour, débit mL/h, horaires			
Complément nutritionnel oral : par jour			

SOINS INFIRMIERS	
Faire pratiquer par IDE au domicile, tous les jours y compris dimanches et fériés, pendant 14 ou 28 jours.	
☐ Les soins liés à la sonde nasogastrique : soins de nez, vérification de la bonne position sonde, réfection de la fixation tous les 3 jours ou plus si nécessaire.	
☐ Les soins de gastrostomie, selon le protocole joint.	
☐ Les actes liés à la nutrition entérale : ☐ Branchement et débranchement du mélange nutritif selon les horaires et le débit précisé ci-dessus, ☐ Branchement et débranchement ou injection de l'hydratation selon les horaires et les volumes précisés, ☐ Administration des médicaments par la sonde, le cas échéant. Rinçages de la sonde avant et après le passage de la nutrition et des médicaments. Surveillance de la tolérance.	
☐ Remplir le carnet de suivi quotidien (déroulement et observations)	A renouveler fois

Commentaires - Signature
.....
Signature :

Impression x 4. Remettre un formulaire signé à chaque acteur (patient, infirmier, prestataire, pharmacien)