

# 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 : .....	<input type="checkbox"/> Soins en rapport avec une ALD
N° FINESS géographique :                                     (fichier national des établissements sanitaires et sociaux)	

FORFAIT		
<i>Choisir le forfait couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service</i>	<i>Dont matériel fourni</i>	<i>Code LPP</i>
<input type="checkbox"/> Forfait <b>hebdomadaire</b> de nutrition entérale <b>par gravité</b> (sans pompe)	Tubulures gravité (1/jour)	1.111.902
<input type="checkbox"/> Forfait <b>hebdomadaire</b> de nutrition entérale <b>par pompe</b>	Pompe et tubulures (1/jour)	1.176.876
<input type="checkbox"/> Forfait de <b>première installation</b> de la nutrition pour <b>14 jours</b> <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
<input type="checkbox"/> Prescription de <b>renouvellement pour 3 mois</b>	<input type="checkbox"/> Prescription de <b>renouvellement pour 1 an</b>	

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

SOINS INFIRMIERS	
Faire pratiquer par IDE au domicile, tous les jours y compris dimanches et fériés, pendant 14 ou 28 jours.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> Les soins de gastrostomie, selon le protocole joint.	
<input type="checkbox"/> Les actes liés à la nutrition entérale :	
<input type="checkbox"/> Branchement et débranchement du mélange nutritif selon les horaires et le débit précisé ci-dessus,	
<input type="checkbox"/> Branchement et débranchement ou injection de l'hydratation selon les horaires et les volumes précisés,	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> Remplir le carnet de suivi quotidien (déroulement et observations)	A renouveler ..... fois

Commentaires - Signature
.....
Signature :