

Édition 2023



# Soins infirmiers

**Guide de prescription**

Stéphanie Devulder



# Besoin de précisions ?

## Référents prescription CPTS Littoral en Nord.

**Stéphanie DEVULDER:**

06 59 73 98 37

[stefdevulder@gmail.com](mailto:stefdevulder@gmail.com)

**Murielle VERGOOTE:**

06 88 91 40 29

[murielle.vergoote@gmail.com](mailto:murielle.vergoote@gmail.com)



## • Hotline - Besoin de précisions ?

### 00 - Le mot des infirmiers

### 01 - Les indispensables

- Règles générales de prescriptions.

### 02 - Les prescriptions:

- Injections
- Prélèvement sanguin
- Prélèvement sur plaie et sécrétion
- Pansements courants
- Pansements lourds et complexes
- Pose de sonde et alimentation
- Soins portant sur l'appareil respiratoire
- Soins portant sur l'appareil génito-urinaire
- Soins portant sur l'appareil digestif
- Délivrance de médicaments
- Modification de traitement

- Accompagnement à la prise médicamenteuse
- Soins chez un patient dépendant
- Perfusions
- Entretien des cathéters en dehors des perfusions
- Mucoviscidose
- Prise en charge d'un patient insuline-traité
- BPCO
- Insuffisance cardiaque
- Dialyse
- Surveillance post opératoire
- Vaccination

### 03 - Rappel réglementaire

## Pourquoi ce guide ?

Quotidiennement ou presque, vous prescrivez à vos patients des soins réalisés ensuite par des infirmières et infirmiers.

La rédaction trop approximative d'une ordonnance peut, même après plusieurs années, avoir des conséquences : les caisses d'assurance maladie peuvent qualifier un acte d'indu, et réclamer des sommes importantes aux soignants, avec parfois même des pénalités.

La formulation de ces prescriptions et les termes utilisés doivent donc être précis, permettant à nos patients d'être pris en charge de manière efficiente, et autorisant une juste rémunération des infirmières et infirmiers par l'application de leur nomenclature.

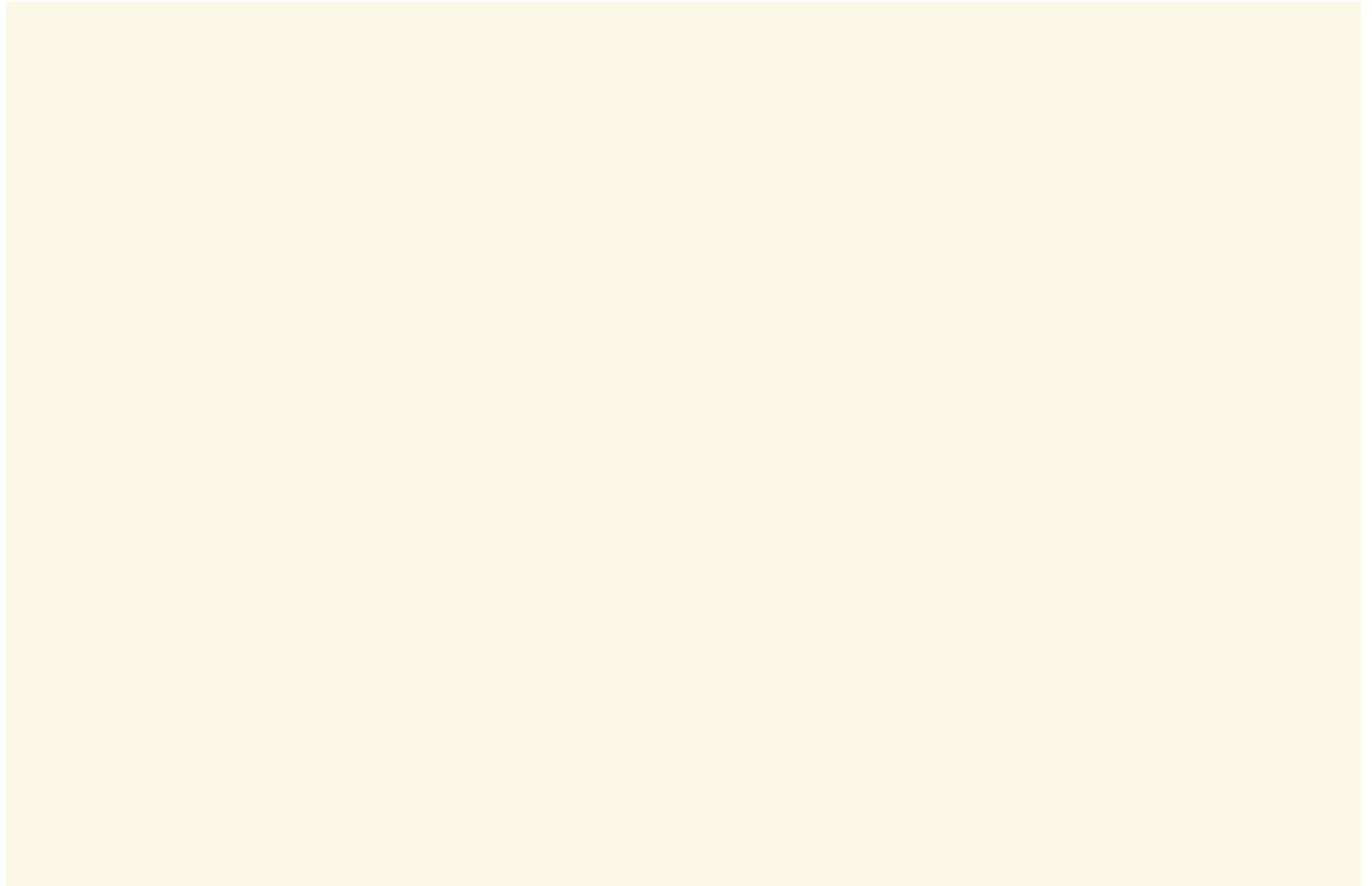
Ce guide a été élaboré à cette fin.

Cet outil se veut pratique, adapté et facile d'utilisation.

Il devra suivre l'évolution des nomenclatures, et permettre aux médecins de prescrire au plus juste intérêt des patients, des infirmiers, dans le respect des règles de l'assurance maladie.

Cet outil permet au prescripteur de trouver plus facilement les termes et les formulations les plus adéquats.

Merci



**Section 01**

# **Les indispensables**

## Indiquez lisiblement dans votre prescription

- Soins en rapport avec **ALD** ou non,
- **Votre identification complète** (nom, qualification, numéro d'identification...),
- **Le nom et le prénom du patient**, éventuellement son âge, son sexe, ou tout autre élément nécessaire à sa bonne prise en charge (poids...),
- **La date** de rédaction de l'ordonnance, la date de début des soins ( à compter de ....) si différente,
- **La nature des soins à réaliser** (localisation simple ou multiple, complexité...),
- **La durée** des soins,
- La mention « **à domicile** » si l'état de santé du patient le justifie,
- Les jours et heures d'intervention de l'infirmier(e), (**nécessité rigoureusement quotidienne ou d'exécution de nuit, horaires spécifiques** en fonction du protocole thérapeutique à mettre en place),
- Le caractère **urgent** si nécessaire, • la mention « non remboursable » (NR) pour les actes non-inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- **Les horaires si spécifique** si justification médicale ou la mention « à 12 heures d'intervalle pour tous les traitements justifiant cette règle »,
- **Votre signature.**

**ASTUCE:** pour vos patients nécessitant des soins au long cours, vous pouvez prescrire pour 1 an.



# 01 RÈGLES GÉNÉRALES DE PRESCRIPTION

## Exemple

Pour être correctement traitée par les auxiliaires médicaux et l'organisme d'Assurance Maladie de votre patient, votre prescription doit contenir un certain nombre d'éléments nécessaires.

Pour les **AMI** : la prescription est établie pour la durée prévisible des soins, avec une notion de durée, par exemple, prescrivez un nombre de jours, de semaines ou de mois (dans la limite de douze mois).

Pour réaliser un **BSI** : il suffit de disposer d'une prescription indiquant des soins infirmiers à domicile pour un patient dépendant. La mention explicite du terme « BSI » n'est pas nécessaire. Cette prescription est valable un an. Si des actes infirmiers sont nécessaires en sus des soins infirmiers pour dépendance, la prescription doit les mentionner (nature, fréquence, durée).

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS  
1000211985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel  
mention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM  
750821012

Date de prescription

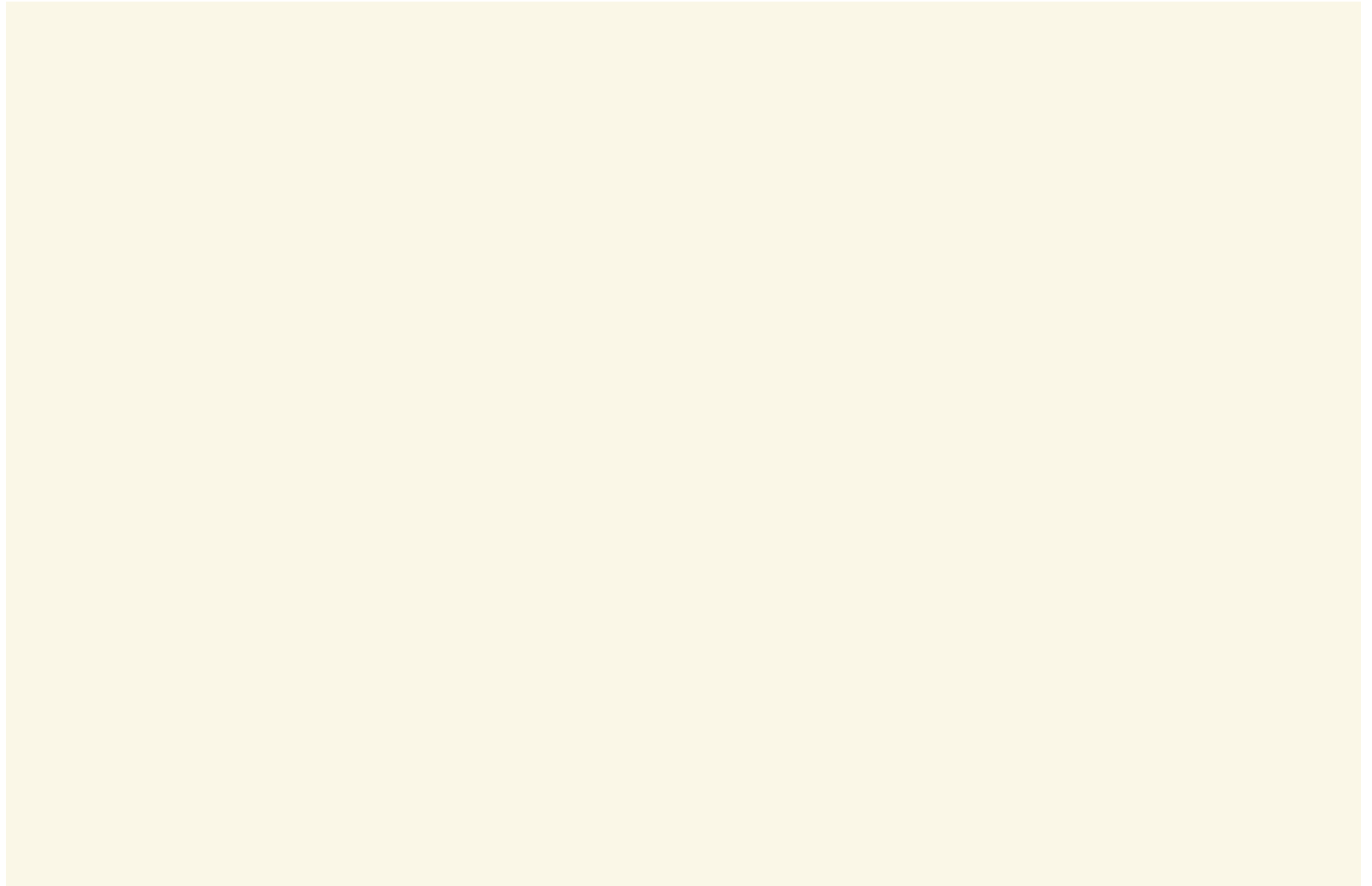
Identification du patient  
Nom, prénom

Faire pratiquer par IDE: (choisir: à domicile ou au cabinet) une injection (nom du produit, dosage), en voie d'administration (sc, im, vvc...), ... fois par jour pendant ... jours.

Préciser les horaires exacts de réalisation des actes (uniquement si justification médicale), et si nécessaire : « nécessite rigoureusement quotidienne ou de nuit »

Cachet et signature du prescripteur

En cas d'urgence dans les cas les plus graves, appelez le 15.  
Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.



**Section 02**

# **Les prescriptions**

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2



adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel  
mention secretariat  
mention rendez-vous



Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à domicile ou au cabinet

une injection (nom du produit, dosage), en voie d'administration (sc, im, vvc...),

... fois par jour, tous les ... jours pendant ... jours, (si nécessaire :) dimanches et jours fériés inclus."

Cachet et signature du prescripteur



- Préciser les horaires exacts de réalisation des actes (uniquement si justification médicale), et si nécessaire : « dimanche et jours fériés compris ».
- Etablir un protocole si nécessaire.

## 02 Prélèvement sanguin

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel

mention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription  
Identification du patient  
Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à domicile ou au cabinet un prélèvement sanguin»

Si nécessaire, mentionner « urgent »

Cachet et signature du prescripteur



- Si examen biologique nécessitant plusieurs prélèvements (ex: 2<sup>ème</sup> groupe, Cycle glycémique ...): Préciser le nombre de passages.

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
telmention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à domicile ou au cabinet

- Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques

Si nécessaire, mentionner « urgent »




Cachet et signature du prescripteur








- En cas d'incontinence urinaire, préciser "avec sondage" et prévoir le **matériel** correspondant sur une prescription séparée pour la pharmacie.

## 02 Pansements courants

<b>Docteur Prénom NOM</b>	adresse 1 adresse 2 cp-ville tel mention secretariat mention rendez-vous
titre 1 titre 2 titre 2	
N° RPPS  10002215985	N° AM  750821092
	Date de prescription
	Identification du patient
	Nom, prénom
<b>"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à domicile ou au cabinet</b>	
<b>un pansement (préciser le type :) post-chirurgical, cathéter, drain de Redon, oculaire post-chirurgical, etc.,</b>	
<b>... fois par jour, tous les ... jours pendant ... jours, (si nécessaire :) dimanches et jours fériés inclus."</b>	
	Cachet et signature du prescripteur
	
En cas d'urgence dans les cas les plus graves, appelez le 15. Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.	

- **ATTENTION: L'intitulé « jusqu'à cicatrisation complète » n'est pas conforme.**
- Pansements de stomie (préciser :) iléo, colo, jéjuno, urétéro, cysto, ..., stomie.
- Pansement de trachéotomie y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde
- Ablation de fils ou d'agrafes
  - Préciser la date d'ablation ou la date d'intervention.
  - Préciser si en une ou plusieurs fois
- Pansement postopératoire
  - Préciser si plaie opératoire étendue ou exérèses multiples ou bilatéralité.
- Pansement oculaire:
  - **Pansement oculaire post-chirurgical** : le pansement oculaire avec nettoyage et instillations de collyres est pris en charge par l'Assurance-Maladie, prescrire un **pansement courant**.
  - **Hors contexte post-chirurgical, ou traumatique** : L'instillation de collyres est un acte inscrit au décret de compétences infirmières mais n'est pas remboursable par l'Assurance-Maladie.
- Autre pansement

<p><b>Docteur Prénom NOM</b></p> <hr/> <p>titre 1 titre 2 titre 2</p> <hr/> <p>N° RPPS</p>  <p>10002215985</p>	<p>adresse 1 adresse 2 cp-ville tel mention secretariat mention rendez-vous</p> <p>N° AM</p>  <p>750821092</p>
	<p>Date de prescription</p> <p>Identification du patient</p> <p>Nom, prénom</p>
<p><b>"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à domicile ou au cabinet</b></p> <p>- pansement(s) lourd(s) et complexe(s),</p> <p>... fois par jour, tous les ... jours pendant ... jours, (si nécessaire :) <b>dimanches et jours fériés inclus."</b></p>	
	<p>Cachet et signature du prescripteur</p>
<p><small>En cas d'urgence dans les cas les plus graves, appelez le 15. Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.</small></p> 	

## Pour tous les pansements lourds et complexes :

- Si analgésie préalable nécessaire, voir la [prescription analgésie](#).
- **Sans besoin d'une prescription supplémentaire, l'infirmière libérale réalisera un bilan initial** de prise en charge de plaie par épisode de cicatrisation nécessitant un pansement lourd et complexe. Ce bilan comprendra l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement complexe.
- Une séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile peut être prescrite en complément (voir la prescription [Surveillance postopératoire](#)).
- **Préciser si plaies multiples ou bilatéralité.**

- **Pansements de brûlure étendue** ou de **plaie chimique** ou **thermique étendue**, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle.
- **Pansement de brûlure suite à radiothérapie**, sur une surface supérieure à 2% de la surface corporelle.
- **Pansement d'ulcère étendu** ou de **greffe cutanée**, sur une surface supérieure à 60 cm<sup>2</sup>.
- **Pansement d'amputation** nécessitant détersion, épluchage et régularisation.
- **Pansement de fistule digestive**.
- **Pansements pour perte de substance traumatique** ou **néoplasique**, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses.
- **Pansement nécessitant un méchage** ou **une irrigation**.
- **Pansement d'escarre profonde** et étendue atteignant les muscles ou les tendons.
- **Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé**.
- **Pansement d'ulcère** ou de **greffe cutanée**, avec pose de **compression**.
- **Analgésie topique** préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre.
- **Pose de système de traitement par pression négative** (console et pansement) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir. ( prescription hospitalière uniquement)
- **Mise en place de pansement additionnel** (sans changement de console) pour traitement par pression négative (TPN) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir.  
Indications médicales selon les recommandations HAS. ( prescription hospitalière uniquement)

- **Analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre:**  
dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation.

## 02 Pose de sonde et alimentation

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel

mention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à domicile ou au cabinet

- Pose de sonde gastrique et/ou
- Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance




... fois par jour, tous les ... jours  
pendant ... jours, (si nécessaire :) dimanches et jours fériés inclus."

Cachet et signature du prescripteur








- **ATTENTION:** la séance de débranchement n'est pas remboursée par la CPAM.

Docteur Prénom NOM	adresse 1 adresse 2 cp-ville tel mention secretariat mention rendez-vous
titre 1 titre 2 titre 2	
N° RPPS  10002215985	N° AM  750821092
	Date de prescription
	Identification du patient
	Nom, prénom
<p>"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à domicile ou au cabinet</p> <p>Une séance d'aérosol ou lavage de sinus,</p> <p>... fois par jour, tous les ... jours pendant ... jours, (si nécessaire :) dimanches et jours fériés inclus."</p>	
	Cachet et signature du prescripteur
<p>En cas d'urgence dans les cas les plus graves, appelez le 15. Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.</p> 	



## 02 Soins portant sur l'appareil génito-urinaire

Docteur Prénom NOM	adresse 1 adresse 2 cp-ville tel mention secretariat mention rendez-vous
titre 1 titre 2 titre 2	
N° RPPS  10002213985	N° AM  750821092
	Date de prescription
	Identification du patient
	Nom, prénom
<b>"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à domicile ou au cabinet</b>	
<b>Changement de sonde urinaire à demeure, ou ....</b>	
<b>... fois par jour, tous les ... jours pendant ... jours, (si nécessaire :) dimanches et jours fériés inclus."</b>	
	Cachet et signature du prescripteur
	
En cas d'urgence dans les cas les plus graves, appelez le 15. Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.	

- Injection vaginale .
- Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par Curiethérapie.
- Cathétérisme urétral chez la femme .
- Cathétérisme urétral chez l'homme .
- Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme.
- Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme .
- Éducation à l'auto-sondage comprenant le sondage éventuel, **avec un maximum de 10 séances.**
- Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel .
- Instillation et /ou lavage vésical (sonde en place) .
- Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures.
- Retrait de sonde urinaire

## 02 Soins portant sur l'appareil digestif

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel

mention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à domicile ou au cabinet

- Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie **et/ou**
- Lavement évacuateur ou médicamenteux
- **et/ou** de fécalome ou extraction manuelle des selles

... fois par jour, tous les ... jours

pendant ... jours, (si nécessaire :) dimanches et jours fériés inclus."

Cachet et signature du prescripteur





Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel

mention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE à domicile,

- Administration et surveillance d'une thérapeutique orale à un patient présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs

... fois par jour, tous les ... jours  
pendant ... jours, nécessitant exécution rigoureusement quotidienne . »

Cachet et signature du prescripteur





### Le patient a besoin d'une aide (pluri)quotidienne pour une bonne observance de son traitement:

#### ○ Patient présentant une pathologie psychiatrique ou des troubles cognitifs:

- **Troubles cognitifs:** maladies neurodégénératives ou apparentées.
- Une **fiche de surveillance** sera établie par l'infirmier.
- Il est important de prévoir le renouvellement de la prescription car cet acte est soumis par une **demande d'entente préalable** effectuée par l'infirmier au-delà du premier mois.
- Si impossibilité de noter « troubles cognitifs ou troubles psychiatriques » le dossier médical pourra faire foi en cas de contrôle.

#### ○ Pour un patient ne présentant ni pathologie psychiatrique ni de troubles cognitifs sévères:

Dans ce cas, l'aide quotidienne à la prise du traitement est un acte inscrit au décret de compétences infirmières MAIS **n'est PAS remboursable par l'Assurance-Maladie.**

L'infirmière libérale peut établir un devis, dont le montant sera fixé avec tact et mesure, qu'elle soumettra pour accord au patient et qu'il devra régler après réalisation de la prestation.

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel

mention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE à domicile,

- Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement  
ou lors de la modification de celui-ci.




... fois par jour, tous les ... jours  
pendant ... jours, nécessitant exécution  
rigoureusement quotidienne . »

Cachet et signature du  
prescripteur



- **ATTENTION** : avec un maximum de quinze passages
- Une **fiche de surveillance** sera établie par l'infirmier.
- En cas de modification du traitement initié, prescrire à nouveau une surveillance dans la limite de 15 passages.

## 02 Accompagnement à la prise médicamenteuse

<b>Docteur Prénom NOM</b>	adresse 1 adresse 2 cp-ville tel mention secretariat mention rendez-vous
titre 1 titre 2 titre 2	
N° RPPS  10002215985	N° AM  750821092
	Date de prescription Identification du patient Nom, prénom
<b>"Faire pratiquer par IDE à domicile,</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse</b></li></ul>	
	Cachet et signature du prescripteur
En cas d'urgence dans les cas les plus graves, appelez le 15. Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.	
	

- **Objectif** de favoriser l'adhésion au traitement, l'observance médicamenteuse, de prévenir les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations inopportunes (information, éducation du patient, gestion du stock des médicaments, administration du médicament, détection des effets indésirables).
- **Contexte de prescription :**
  - mise en oeuvre d'un traitement,
  - modification d'un traitement,
  - au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique pour un patient ne bénéficiant pas déjà d'un bilan de soins infirmiers, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin.
- Cet acte comporte **trois séances réalisables dans un délai maximal d'un mois**. L'infirmière fera un compte-rendu écrit au médecin prescripteur (et au médecin traitant si différent).
- Cet acte est **renouvelable sur prescription une fois dans les 12 mois** suivants.
- Cet acte d'accompagnement n'est pas cumulable avec un acte infirmier d'administration et/ou de surveillance des traitements ; toutefois ces actes d'administration et/ou de surveillance peuvent faire suite à cet acte d'accompagnement.

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel

mention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE,

Un **B**ilan de **S**oins **I**nfirmiers

Cachet et signature du  
prescripteur



- La prescription est **valable une année**.
- L'infirmière libérale élaborera un **plan de soins infirmiers** que vous pourrez consulter sur AmeliPro et sur lequel vous pourrez émettre un avis ; vous serez avertis de sa disponibilité par une notification adressée sur votre messagerie professionnelle.
- **Seul le bilan de soins infirmiers (BSI) sur une ordonnance libre est à prescrire désormais.**
- Pour tous les patients dépendants, ces séances de soins prendront la forme :
  - **de séances de soins quotidiens** (soins d'hygiène, actes de surveillance clinique et de prévention des risques (chute, iatrogénie, escarre), évaluation et prévention de la douleur, suivi de l'alimentation, de l'élimination, de la mobilisation, etc.)

ou bien

  - **de séances hebdomadaires de surveillance clinique infirmière et de prévention** (notamment le contrôle des principaux paramètres, la vérification de l'observance du traitement et de sa planification (=pilulier), le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient.)
- **Ne pas mentionner le terme "PILULIER" sur la prescription car c'est un outil (comme la seringue l'est pour l'injection).**
- Avec cette prescription de BSI, **l'infirmière déterminera le nombre de séances de soins individualisés, continus et adaptés aux besoins de la personne dépendante.**

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2



adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel  
mention secretariat  
mention rendez-vous



Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à domicile ou au cabinet

une perfusion de (nom du ou des produits) en (mode d'administration, IV, SC, sur CIP, ...) sur une durée de (temps), sous surveillance continue (Perf <1H) ou avec organisation de la surveillance (Perf >1H),

... fois par jour, tous les ... jours pendant ... jours, (si nécessaire :) dimanches et jours fériés inclus."

Cachet et signature du prescripteur





- La prescription des perfusions à domicile est devenue complexe et obéit maintenant à des textes plus stricts
- **Si perfusion < 1H** = Préciser si nécessité ou non d'une surveillance continue de la séance de perfusion par l'infirmière.
- **Si perfusion > 1H** = Préciser avec organisation de la surveillance
- Spécifier si perfusion sur 2 sites distincts.
- **Pour le matériel**, écrire sur une ordonnance libre toutes les informations requises (cf. [arrêté du 12/04/2016 n° NOR AFSS1607527A](#) disponible sur [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)) ou bien remplir le formulaire de prescription proposé par l'Assurance-Maladie.

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
telmention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à  
domicile ou au cabinet

un entretien de cathéter, comprenant le  
pansement,

... fois par jour, tous les ... jours  
pendant ... jours, (si nécessaire :)  
dimanches et jours fériés inclus."

Cachet et signature du  
prescripteur



- Cathéter extériorisé ou site implantable ou cathéter veineux central implanté par voie périphérique.
- Cathéter péritonéal.

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
telmention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE à domicile,

une séance de perfusion  
d'antibiotiques (nom du ou des produits +  
dosage + dilution + temps de  
passage), (voie d'administration : IV  
périphérique, Picline, CIP, ...), sous  
surveillance continue chez un patient  
atteint de mucoviscidose




... fois par jour, tous les ... jours  
pendant ... jours, (si nécessaire :)  
dimanches et jours fériés inclus."

Cachet et signature du  
prescripteur



- Si plusieurs produits, préciser l'ordre de passage.cathéter péritonéal.
- Etablir un protocole mentionnant :
  - - le nom des différents produits à injecter
  - - leur mode, durée et horaires d'administration
  - - les nombres, durées et horaires des séances par vingt-quatre heures
  - - le nombre de jours de traitement pour la cure
  - - les éventuels gestes associés (prélèvements intraveineux, héparinisation).

## Surveillance hebdomadaire chez patient > 75 ans

<b>Docteur Prénom NOM</b>	adresse 1 adresse 2 cp-ville tel mention secretariat mention rendez-vous
titre 1 titre 2 titre 2	
N° RPPS  10002215985	N° AM  750821092
Date de prescription	
Identification du patient	
Nom, prénom	
<p>"Faire pratiquer par IDE à domicile une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pendant ... mois pour un patient insulinotraité de plus de 75 ans."</p>	
Cachet et signature du prescripteur	
	
En cas d'urgence dans les cas les plus graves, appelez le 15. Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.	

- L'article 5 bis du chapitre II du titre XVI de la NGAP permet à l'infirmière, entre autres, d'éduquer le patient, de vérifier l'observance des traitements, de contrôler la pression artérielle, de participer au dépistage et au suivi d'éventuelles complications, de tenir une fiche de surveillance et de transmettre les informations au médecin traitant.
- Pour un patient de - de 75 ans : prescrire un bilan de soins infirmiers.
- Pour un patient NON insulino-traité :

Surveillance hebdomadaire: sans critère d'âge, prescrire un bilan de soins infirmiers.

## Dextro + insuline(s)

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2

cp-ville  
tel

mention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE à domicile,

- une surveillance, observation du patient et adaptation des doses d'insuline en fonction du protocole et du contrôle extemporané de la glycémie
- Injection(s) sous-cutanée(s) d'insuline(s)

.. fois par jour, tous les ... jours  
pendant ... jours, **dimanches et jours fériés inclus.** »

Cachet et signature du  
prescripteur





- **Établir un protocole** et prescrire pour l'exécution de celui-ci

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel

mention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE à domicile,

une séance de surveillance clinique et de  
prévention pour un patient, à la suite d'une  
hospitalisation pour exacerbation d'une  
broncho-pneumopathie chronique  
obstructive (BPCO). »

Cachet et signature du  
prescripteur



- Dans la majorité des cas, la prescription sera hospitalière mais **le médecin traitant ou le cardiologue traitant ou consultant qui verrait le patient dans les 7 jours suivant sa sortie d'hospitalisation** peut établir cette prescription.
- Le programme du suivi infirmier comprend **une visite hebdomadaire** pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours après la sortie. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole. Le nombre maximal de séances est de 15 et la durée de prise en charge peut aller jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de BPCO (stade II et suivants).
- **Etablir un protocole** de surveillance.

## 02 Insuffisance cardiaque

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel

mention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE à domicile,

une séance de surveillance clinique et de prévention pour un patient, à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque."

Cachet et signature du prescripteur



- Dans la majorité des cas, la prescription sera hospitalière mais **le médecin traitant ou le cardiologue traitant ou consultant qui verrait le patient dans les 7 jours suivant sa sortie d'hospitalisation** peut établir cette prescription.
- Le programme du suivi infirmier comprend **une visite hebdomadaire** pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours après la sortie. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole. Le nombre maximal de séances est de 15 et la durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque.
- **Etablir un protocole** de surveillance.

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2

N° RPPS



10002215985

adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel

mention secretariat  
mention rendez-vous

N° AM



750821092

Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

"Faire pratiquer par IDE à domicile,

branchement, surveillance et  
débranchement de dialyse péritonéale,

... fois par jour, tous les ... jours

pendant ... jours, **dimanches et jours fériés  
inclus.** »




Cachet et signature du  
prescripteur



- La prescription doit comporter :
  - les types, volume et nombre de poches, et leur répartition
  - les heures de branchement et de débranchement
  - le nombre de jours (y compris dimanche et jours fériés)
  
- Joindre un protocole.

## 02 Surveillance post opératoire

### Séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile

Docteur Prénom NOM	adresse 1 adresse 2 cp-ville tel mention secretariat mention rendez-vous
titre 1 titre 2 titre 2	
N° RPPS  10002215985	N° AM  750821092
Date de prescription	
Identification du patient	
Nom, prénom	
<b>"Faire pratiquer par IDE à domicile,</b>	
<b>une séance de surveillance clinique et</b>	
<b>d'accompagnement postopératoire</b>	
<b>à (choisir maximum 3 dates allant de J0 à</b>	
<b>J+6 :) J+x (ou indiquer une ou des</b>	
<b>dates) ... . dimanches et jours fériés</b>	
<b>inclus. »</b>	
Cachet et signature du prescripteur	
	

En cas d'urgence dans les cas les plus graves, appelez le 15.  
Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.






- Pour les patients dont l'éligibilité à une **chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie**.
- Etablir un **protocole écrit** par le chirurgien et/ou l'anesthésiste, précisant si les actes de pansements, de retrait de sonde urinaire, de changement de flacon de redon, de retrait de drain sont nécessaires.

Dans ces cas, prescrire ces actes :

- **Pansement courant ou bien lourd et complexe**
- **Injection**
- **Sonde urinaire**
- **Drain de redon**

### Séance de surveillance et/ ou retrait de cathéter périnerveux pour analgésie postopératoire

Docteur Prénom NOM	adresse 1 adresse 2 cp-ville tel mention secretariat mention rendez-vous
titre 1 titre 2 titre 2	
N° RPPS  10002215985	N° AM  750821092
Date de prescription	
Identification du patient	
Nom, prénom	
<b>"Faire pratiquer par IDE à domicile,</b>	
<b>une séance de surveillance (choisir :) et/</b>	
<b>ou retrait de cathéter périnerveux pour</b>	
<b>analgésie postopératoire (choisir :) 1 ou</b>	
<b>2 fois par jour, pendant ... jours</b>	
<b>consécutifs, (si nécessaire :) dimanche et</b>	
<b>jours fériés inclus."</b>	
Cachet et signature du prescripteur	
	

En cas d'urgence dans les cas les plus graves, appelez le 15.  
Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

## 02 Surveillance post opératoire

- Pour les patients dont l'éligibilité à une **chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie**.
- Etablir un **protocole écrit** par le chirurgien et/ou l'anesthésiste, précisant si les actes de pansements, de retrait de sonde urinaire, de changement de flacon de redon, de retrait de drain sont nécessaires.

Dans ces cas, prescrire ces actes :

- **Pansement courant** ou bien **lourd et complexe**
- **Injection**
- **Sonde urinaire**
- **Drain de Redon**
- **Si présence d'un·e aidant·e à domicile** : 1 séance maximum par jour.  
Sinon, 2 séances maximum par jour.
  - **Durée maximale** : 3 jours consécutifs.
  - Cette surveillance n'est pas cumulable avec la surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire décrite ci-dessus.
  - **Information** : l'ablation du cathéter périnerveux est un acte inscrit au décret de compétences des infirmiers·ères depuis le 29 janvier 2021

### Changement de flacon de redon ou retrait postopératoire de drain

Docteur Prénom NOM	adresse 1 adresse 2 cp-ville tel mention secretariat mention rendez-vous
titre 1 titre 2 titre 2	
N° RPPS  10002215985	N° AM  750821092
Date de prescription	
Identification du patient	
Nom, prénom	
<b>"Faire pratiquer par IDE à domicile,</b>	
un changement de flacon de redon.	
un retrait de drain de redon à J... ,	
<b>dimanches et jours fériés inclus. »</b>	
Cachet et signature du prescripteur	
	

En cas d'urgence dans les cas les plus graves, appelez le 15.  
Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

- Pour les patients dont l'éligibilité à une **chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie**.
- Etablir un **protocole écrit** par le chirurgien et/ou l'anesthésiste, précisant si les actes de pansements, de retrait de sonde urinaire, de changement de flacon de redon, de retrait de drain sont nécessaires.

Dans ces cas, prescrire ces actes :

- **Pansement courant** ou bien **lourd et complexe**

- **Injection**

- **Sonde urinaire**

- **2 séances maximum** à partir du retour à domicile.
- **ATTENTION** : en plus de la prescription de matériel pour pansement (sets), prévoir avec le service de chirurgie la **délivrance de 2 redons sous vide** car ils ne sont pas encore en vente dans les pharmacies d'officine.
- Une séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile peut être prescrite en complément (lire ci-dessus).
- Une séance de surveillance et/ou retrait de cathéter périmerveux peut être prescrite en complément (lire ci-dessus).

Docteur Prénom NOM

titre 1  
titre 2  
titre 2



adresse 1  
adresse 2  
cp-ville  
tel  
mention secretariat  
mention rendez-vous



Date de prescription

Identification du patient

Nom, prénom

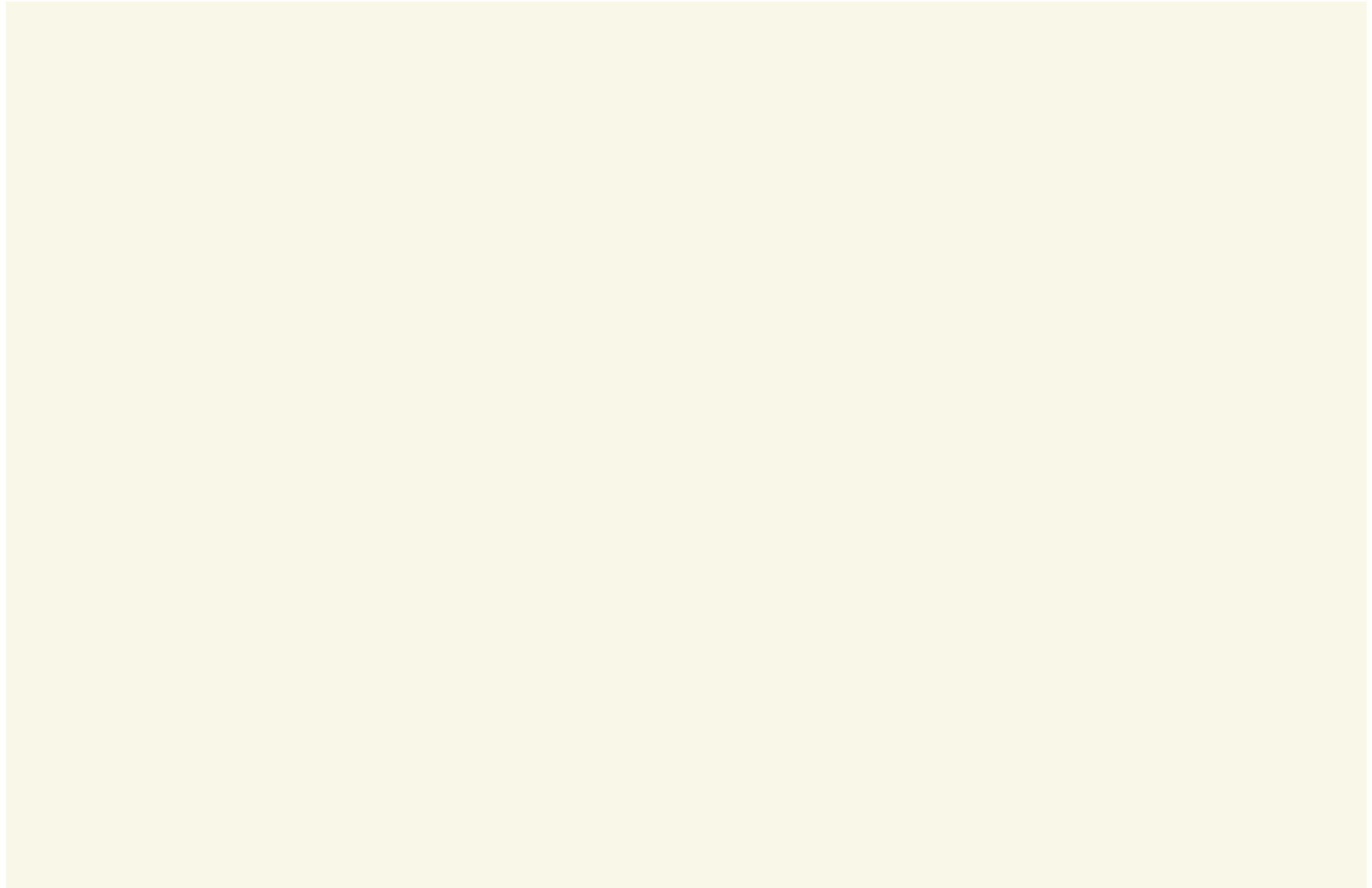
"Faire pratiquer par IDE (choisir :) à domicile ou au cabinet

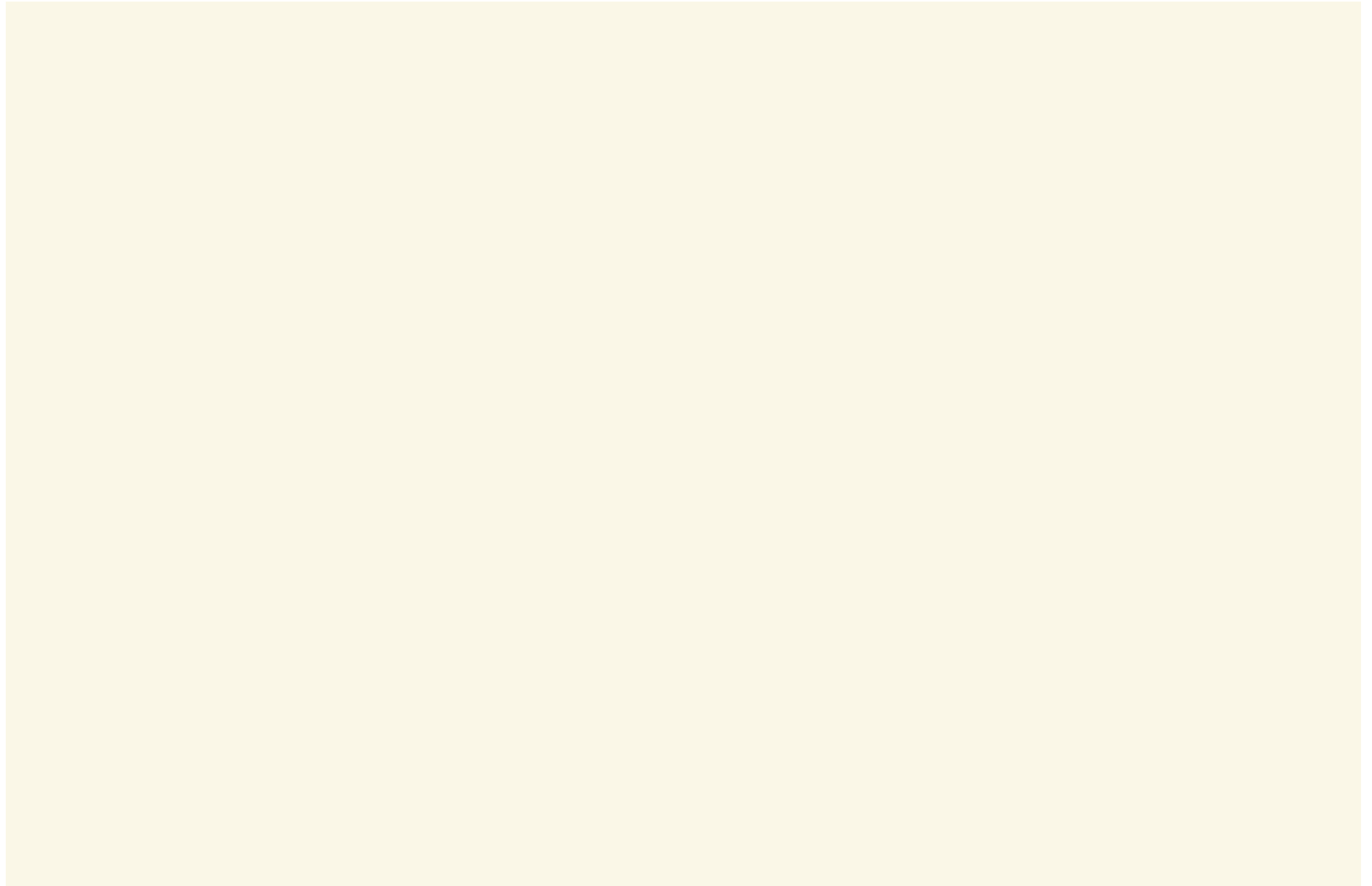
une injection de (nom du produit + dosage), en (voie d'administration : IM, SC)".

DUPLICATA

Cachet et signature du prescripteur









La **Nomenclature** Générale des Actes Professionnels (NGAP) est la liste des actes remboursables par l'Assurance-Maladie.

Le **décret de compétences** est la liste des actes que peut réaliser une IDE :

- Dans le cadre de son rôle propre
- Sur prescription médicale
- En présence d'un médecin pouvant intervenir à tout moment.

**Donc décret de compétences ≠ Nomenclature.**

Si les actes infirmiers ne sont pas inscrits à la NGAP, alors ils ne sont pas remboursables par l'Assurance-Maladie et restent à la charge du patient.



# CPTS Littoral en Nord



**3 Rue des Loisirs,  
59180 Cappelle la Grande**



**06 33 44 80 10**



**cpts.littoral.en.nord@gmail.com**



**<http://www.cpts-littoralnord.fr>**



**CPTS Littoral en Nord**



*Instagram*

**CPTS Littoral en Nord**

