

DEMANDE / PRESCRIPTION

Soins infirmiers à domicile OPAT

POSE ET SURVEILLANCE DE LA PERFUSION IV



COORDONNÉES OPAT – HÔPITAL

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

**En cas d'observations
anormales :**

**Contactez le médecin traitant ou le service des urgences de
l'hôpital.**

PARTIE 1 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Date de début prévue à domicile :

Période prévue / Date de fin :

DONNÉES DU PATIENT

Nom et prénom :

Numéro de registre national :

Adresse :

Téléphone / GSM :

Mutuelle :

DONNÉES DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom et prénom :

Téléphone / GSM :

Adresse e-mail :

Numéro INAMI :

Hôpital / Service :

OPAT CONSORTIUM

AZ Delta | AZ Groeninge | AZ Sint-Jan Brugge-Oostende | AZ Maria Middelaes | AZ Sint-Lucas Gent
H.-Hartziekenhuis Lier | Imeldaziekenhuis | Jan Yperman Ziekenhuis | Sint-Andriesziekenhuis Tielt
Sint-Jozefskliniek Izegem | UZ Gent

MÉDICATION ET THÉRAPIE					
Antibiotique	Dose	Fréquence	Solvant (+ml)	Solution de perfusion	Temps d'administration
Type de cathéter					
<input type="checkbox"/> PAC	Nombre de lumières :	Type d'aiguille de port-a-cath :		<input type="checkbox"/> 19 mm	
				<input type="checkbox"/> 25 mm	
				<input type="checkbox"/> 32 mm	
<input type="checkbox"/> PICC	Nombre de lumières :	<input type="checkbox"/> Périphérique		<input type="checkbox"/> 20G	
		<input type="checkbox"/> Central tunélsé		<input type="checkbox"/> 22G	
		<input type="checkbox"/> Central non tunélsé			
<input type="checkbox"/> DVC	Nombre de lumières :				
Pompe pour thérapie par perfusion					
<input type="checkbox"/> Aucune pompe IV		<input type="checkbox"/> Pompe IV		<input type="checkbox"/> Infusor / Pompe élastométrique	
Soins du cathéter					
<input type="checkbox"/> Soins du pansement si indiqué et au plus tard tous les 7 jours					
<input type="checkbox"/> Remplacement du Statlock® au niveau du cathéter PICC tous les 7 jours					
<input type="checkbox"/> Pose d'une aiguille de port-a-cath si indiqué et au plus tard tous les 7 jours					
<input type="checkbox"/> Retrait de l'aiguille de port-a-cath à la fin de la thérapie IV le (date) :					
<input type="checkbox"/> Retrait du cathéter PICC à la fin de la thérapie IV le (date) :					
Rinçage du cathéter					
<input type="checkbox"/> Avant et après chaque administration de médicament avec 10 ml					
<input type="checkbox"/> Avant le retrait de l'aiguille de port-a-cath avec 10 ml					
<input type="checkbox"/> Avant une prise de sang avec 10 ml					
<input type="checkbox"/> Après une prise de sang avec 20 ml					

MODIFICATIONS DU TRAITEMENT					
Antibiotique	Dose	Fréquence	Solvant (+ml)	Solution de perfusion	Temps d'administration

OPAT CONSORTIUM

AZ Delta | AZ Groeninge | AZ Sint-Jan Brugge-Oostende | AZ Maria Middelares | AZ Sint-Lucas Gent
 H.-Hartziekenhuis Lier | Imeldaziekenhuis | Jan Yperman Ziekenhuis | Sint-Andriesziekenhuis Tielt
 Sint-Jozefskliniek Izegem | UZ Gent

DATE, SIGNATURE ET TAMPON DU MÉDECIN

PARTIE 2 : À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN HOSPITALIER

INFIRMIER(ÈRE) À DOMICILE

Nom et prénom :

Service :

Adresse e-mail :

Téléphone / GSM :

Date effective de début des
soins à domicile (après
concertation entre l'infirmier(ère)
à domicile et le médecin
traitant) :

KITS DE MATÉRIEL

Chaque patient a besoin de deux kits différents, à savoir une kit journalière et une kit hebdomadaire! Les kits journaliers contiennent le matériel nécessaire pour une seule administration. Les kits hebdomadaires contiennent uniquement le matériel médical pour l'entretien du cathéter.

1 Je prescris, pour le patient mentionné ci-dessus, la pose et la surveillance d'une perfusion intraveineuse, ainsi que l'administration des produits indiqués ci-dessus par voie intraveineuse. À cet effet, je demande à l'infirmier(ère) à domicile d'effectuer les prestations mentionnées ci-dessus.

OPAT CONSORTIUM

AZ Delta | AZ Groeninge | AZ Sint-Jan Brugge-Oostende | AZ Maria Middelaers | AZ Sint-Lucas Gent
H.-Hartziekenhuis Lier | Imeldaziekenhuis | Jan Yperman Ziekenhuis | Sint-Andriesziekenhuis Tielt
Sint-Jozefskliniek Izegem | UZ Gent