

**PRESCRIPTION POUR LES DIFFUSEURS POUR PERFUSION OU POUR DES POMPES A PERFUSION  
POUR L'ADMINISTRATION À DOMICILE D'ANTIBIOTIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE**

Identification du bénéficiaire: (carte-SIS) Nom et prénom Rue et n° code postal et commune Date de naissance	Nom, adresse et n° d'identification INAMI du Centre:
Coordonnées de la permanence téléphonique de l'hôpital auquel est rattaché le centre de référence:	

Le soussigné, médecin dirigeant le centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté(e) (dont le nom, l'adresse et le n° d'identification INAMI sont mentionnés ci-dessus), déclare que le bénéficiaire et sa famille ont reçu de l'équipe de rééducation, la formation et les instructions écrites nécessaires pour pouvoir suivre d'une façon autonome à domicile le traitement par antibiotiques administrés par voie intraveineuse.

Il y a eu concertation entre le médecin généraliste, le pharmacien qui délivre et l'équipe du centre de référence pour patients atteints de mucoviscidose, concertation au cours de laquelle tous les aspects de la thérapie d'antibiotiques ambulatoire par diffuseurs pour perfusion ou par pompe à perfusion prescrite ont été examinés et estimés sûrs par le médecin dirigeant l'institution conventionnée ou par son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté(e).

Le traitement ambulatoire par antibiotiques administrés par voie intraveineuse se fait:	Le médecin dirigeant le centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté(e) complète la case adéquate.
de façon autonome, sous la surveillance médicale du médecin généraliste (dont le nom doit être indiqué),	
de façon autonome, avec l'intervention du médecin généraliste (dont le nom doit être indiqué)	
de façon autonome, avec l'intervention éventuelle du médecin généraliste (dont le nom doit être indiqué) et des praticiens de l'art infirmier (dont les noms et l'organisation doivent être indiqués).	
Le remplissage des diffuseurs pour perfusion ou des réservoirs pour la pompe à perfusion se fait:	Le médecin dirigeant le centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté(e) complète la case adéquate.
par le pharmacien	
par le bénéficiaire à son domicile	

Les diffuseurs pour perfusion ou la pompe à perfusion (et leurs réservoirs) et les dispositifs médicaux d'administration et de soins nécessaires sont:

	Le médecin dirigeant le centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté(e) complète les cases adéquates.
Le genre et le nombre de diffuseurs pour perfusion (à usage unique) à délivrer préremplis:	
Le genre et le nombre de diffuseurs pour perfusion (à usage unique) à délivrer vides:	
La location d'une pompe à perfusion:	
Le genre et le nombre de réservoirs pour la pompe à perfusion, à délivrer préremplis:	
Le genre et le nombre de réservoirs pour la pompe à perfusion, à délivrer vides:	
Le cas échéant, les dispositifs médicaux au moyen desquels le bénéficiaire remplit lui-même, à domicile, les diffuseurs pour perfusion ou les réservoirs pour la pompe à perfusion:	
Les dispositifs médicaux d'administration et de soins:	

Date, nom, signature et cachet du médecin prescripteur: .....

A remplir par le pharmacien qui délivre:

	Type ou marque	Nombre d'unités délivrées	Date de délivrance	prix total TVAC
Le genre et le nombre de diffuseurs pour perfusion préremplis:				
Le genre et le nombre de diffuseurs pour perfusion vides:				
La location d'une pompe à perfusion:				
Le genre et le nombre de réservoirs pour la pompe à perfusion, à délivrer préremplis:				
Le genre et le nombre de réservoirs pour la pompe à perfusion, à délivrer vides:				
Les dispositifs médicaux au moyen desquels le bénéficiaire remplit lui-même, à domicile, les diffuseurs pour perfusion (forfait):	(a)			
Les dispositifs médicaux d'administration et de soins (forfait):	(b)			
Les honoraires de remplissage:				
<b>MONTANT TOTAL</b>				

Les cases (a) et (b) ne doivent pas être complétées.

Le soussigné, pharmacien, a délivré les prestations précitées au bénéficiaire précité.

Date, nom, adresse, numéro d'identification à l'INAMI, signature et cachet du pharmacien qui délivre:

Lorsque les prix sont complétés, une copie de la présente prescription doit être adressée au médecin dirigeant le centre ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté(e).