

B51) PRESCRIPTION POUR LES DIFFUSEURS PORTABLES OU POUR LES CASSETTES POUR L'ADMINISTRATION À DOMICILE D'ANTIBIOTIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE

Identification du bénéficiaire: Nom et prénom Rue et n° code postal et commune N° NISS	Nom, adresse et n° d'identification INAMI du Centre muco:
Coordonnées de la permanence téléphonique de l'hôpital auquel est rattaché le centre de référence:	

Le soussigné, médecin dirigeant le centre muco 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 hospitalier qui délivre et l'équipe du centre muco de référence pour patients atteints de mucoviscidose, concertation au cours de laquelle tous les aspects de la thérapie d'antibiotiques ambulatoire par diffuseurs portables ou par cassette prescrite ont été examinés et estimés sûrs par le médecin dirigeant l'institution conventionnée ou par son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté(e).

Le remplissage des diffuseurs portables ou des cassettes se fait par le pharmacien hospitalier.

Le traitement ambulatoire par antibiotiques administrés par voie intraveineuse se fait:	Le médecin dirigeant le centre muco 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).	

Les diffuseurs portables ou les cassettes (avec la pompe) ainsi que les dispositifs médicaux pour l'administration et les soins nécessaires sont:

	Le médecin dirigeant le centre muco ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e) complète les cases adéquates.
Le genre et le nombre de diffuseurs portables (à usage unique) à délivrer préremplis:	
Le genre et le nombre de cassettes (à usage unique), à délivrer préremplis – avec la location de la pompe:	
Le genre de diffuseurs portables (à usage unique) à délivrer vides (max.1) :	
Le genre de cassettes (à usage unique), à délivrer vides (max.1):	

	Le médecin dirigeant le centre muco ou son collaborateur (sa collaboratrice) mandaté (e)
--	--

Les dispositifs médicaux pour l'administration et les soins:	
--	--

Date, nom, signature et cachet du médecin prescripteur

A remplir par le pharmacien hospitalier qui délivre:

	Pseudocode	Type ou marque	Code CNK	Montant par unité	Nombre d'unités délivrées	Date de délivrance	prix total T.V.A.C.
Le genre et le nombre de diffuseurs portables préremplis:	759496			30,44			
Le genre de diffuseurs portables vides:	759533			30,44	Max. 1		
Le genre et le nombre de cassettes à délivrer préremplis y compris la location de la pompe:	759511			30,44			
Le genre de cassettes à délivrer vides;	759555			30,44	Max. 1		
Les dispositifs médicaux d'administration et de soins (forfait):	759570		-	1,24			
Les honoraires de remplissage:	759592	-	-	12,40			
MONTANT TOTAL							

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

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

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