

Enregistrement n° 8

FICHE DE FACTURATION PAR SEANCE DE CHIMIOThERAPIE / CENTRALISATION

Cette fiche est à transmettre au réseau territorial après chaque séance de chimiothérapie (injection d'un ou plusieurs produits sur un ou plusieurs jours **consécutifs**) Elle sert au règlement et à l'évaluation des mesures dérogatoires concernant les prestations délivrées pour la coordination de l'acheminement du produit et la fourniture de matériel. **Ce document sert également pour l'évaluation de l'expérimentation de préparation centralisée.**

Nom du pharmacien : Cachet de la pharmacie		Nom du patient : Adresse : Protocole : Date prévue de l'injection :	
Respect du timing J-3 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Coordination pour l'acheminement du produit centralisé :		<input type="checkbox"/> OUI Date :	
		<input type="checkbox"/> NON	
Temps passé avec : la PUI mn le livreur mn heure de livraison			
Temps passé avec l' IDE mn <input type="checkbox"/> à l'officine <input type="checkbox"/> au domicile du patient (distance A/R km)			
<input type="checkbox"/> Délivrance de matériel de perfusion (pour 15 jours maxi.) joindre une copie de la feuille de soins pharmacien Temps passé ce jour :mn (<i>commande+préparation+livraison</i>) <input type="checkbox"/> matériel délivré pour séance(s) <input type="checkbox"/> pas de délivrance ce jour, matériel délivré précédemment Pompe programmable : Nom du prestataire Installation au domicile par : <input type="checkbox"/> prestataire <input type="checkbox"/> pharmacien <input type="checkbox"/> installation conjointe			
<input type="checkbox"/> Matériel non délivré par le pharmacien pour ce patient			
Produits fournis à l'IDEL à titre gracieux : (liste) Montant total de ces produits : €			
Déplacements en cours de cure : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Date :		Temps passé :mn	Distance A/R : km
Motif :			
Autre temps passé : préciser le motif et la durée (ex : gestion administrative ,...)			
Principales difficultés rencontrées :		Commentaires	
1/ relationnelles 2/ techniques			
<input type="checkbox"/> Profession de santé <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Famille			
PRODUITS PRESCRITS HORS PROTOCOLE			
Remboursés		Non remboursés	
THERAPEUTIQUES ADJUVANTES			
Nutrition entérale		Morphiniques	