



AIDE-MÉMOIRE

PRESCRIPTION NON-MÉDICAMENTEUSE



**PATIENTS ÂGÉS
AU DOMICILE**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
--------------	---

I – RÈGLES GÉNÉRALES VALABLES POUR TOUTE PRESCRIPTION	3
---	---

Modèle d'ordonnance-type

II – RÉFECTION DE PANSEMENT	4
-----------------------------	---

Modèle d'ordonnance pour le pharmacien
Modèle d'ordonnance pour l'infirmier

III - SOINS D'HYGIÈNE	9
-----------------------	---

Les différents professionnels pouvant réaliser une toilette : infirmiers libéraux, SSIAD, HAD et auxiliaires de vie
Modèle d'ordonnance pour soins d'hygiène par un infirmier

IV – PERFUSION	15
----------------	----

Modèle d'ordonnance pour perfusion

V - SOINS DE KINÉSITHÉRAPIE	17
-----------------------------	----

VI – SOINS DE PÉDICURIE	19
-------------------------	----

VII - SOINS D'ORTHOPHONIE	21
---------------------------	----

VIII – LIT MÉDICALISÉ	23
-----------------------	----

IX - COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX	25
--------------------------------------	----

X – PRESTATAIRE DE SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES	25
---	----

XI – CONCLUSION ET CREDITS	27
----------------------------	----

INTRODUCTION :

Les prescriptions sont des actes médicaux concernant les substances médicamenteuses, les actes paracliniques (radiologie, biologie,...), les actes paramédicaux (kinésithérapie, soins infirmiers,...), les règles hygiéno-diététiques, la fourniture de matériels (cannes anglaises, fauteuils roulants, appareils aérosols,...). Ces prescriptions doivent informer le patient, les praticiens susceptibles d'intervenir et les organismes sociaux chargés des remboursements. En ce qui concerne les médicaments, elles sont la condition de délivrance des produits listés par le pharmacien.

La rédaction de ces ordonnances est réglée par trois codes : le code de santé publique, le code de déontologie et le code de sécurité sociale. Hormis les renseignements concernant le prescripteur, il n'y a aucune limitation aux informations pouvant figurer sur une ordonnance, **le médecin est donc libre d'y écrire tout ce qu'il juge nécessaire** : conseils, date de rendez-vous, numéro de téléphone,...

L'expérience du Réseau Osmose a permis d'être confronté à domicile à différentes prescriptions destinées aux personnes âgées, réalisées par de nombreux praticiens de ville ou hospitaliers. Or, **la rédaction de certaines de ces ordonnances ne permettait pas la réalisation de soins dans de bonnes conditions** (absence d'informations nécessaires à la délivrance des traitements ou à leur remboursement, par exemple). **C'est pourquoi le réseau Osmose propose aujourd'hui cet aide mémoire afin d'optimiser la prise en charge des personnes âgées à domicile.**

Nous nous sommes limités à la **prescription de soins ou de matériel**, sans aborder la prescription médicamenteuse ou paraclinique, pour laquelle d'autres guides existent déjà. De même, nous n'aborderons que les ordonnances des médecins, en rappelant simplement que d'autres professionnels de santé ont le droit de prescrire.

Cet aide mémoire favorisera, nous l'espérons, votre pratique au quotidien.

1/ Règles générales valables pour toute prescription

1 3 4	Identification du Prescripteur + N°RPPS ou ADELI ou N°FINESS de l'établissement
2 5	Identification du Patient N° de Sécurité Sociale

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)

7 Le xx/xx/xxxx

Une ordonnance doit être lisible (au mieux informatisée), datée et signée.

Prescriptions non relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue HORS AFFECTION EXONERANTE

9 Signature

- 1 Nom, adresse, qualité.
- 2 Nom, prénom, âge, sexe, taille/poids si nécessaire.
- 3 Le n° ADELI (n° d'identification des professionnels de santé) est amené à être remplacé par un identifiant unique et pérenne : le n° RPPS, Répertoire Partagé des Professionnels de Santé. Indispensable pour le remboursement d'actes des libéraux.
- 4 Le nom et l'adresse de l'établissement, l'unité de soins ainsi que le numéro d'inscription de l'établissement, entité géographique, n° FINESS: fichier national des établissements sanitaires et sociaux. Indispensable pour le remboursement de soins prescrits par des médecins salariés.
- 5 Facultatif, mais permet aux intervenants et prestataires utilisant l'ordonnance de gagner du temps.
- 6 Pour les patients en affection longue durée, la mention ALD 30 est à ne pas oublier si les soins sont en lien avec le 100% ou à rédiger sur ordonnance bizona.
- 7 Date de prescription.
- 8 Zone réservée aux prescriptions non concernées par l'ALD 30.
- 9 La signature apposée immédiatement en dessous de la dernière ligne, de façon à ne pas laisser d'espace résiduel.

1

2-1 Ordonnance pour réfection de pansement destinée au pharmacien

Identification du Prescripteur + N°RPPS ou ADELI ou N°FINESS de l'établissement	Identification du Patient N° de Sécurité Sociale
---	---

ALD30 / HORS ALD 30

Le xx/xx/xxxx

1/ Les produits pour le nettoyage de la plaie :

- Set de soin (Mediset®, Tetraset®, Disoposet®...) pour :
- Détersion mécanique (plaies nécrotiques ou exsudatives)
 - Pansement gras/absorbant (plaies exsudatives, méchage des plaies anfractueuses)
 - Pansement avec cavité (plaies cavitaires et/ou fistulisées)
 - Pansement sec (plaies modérément exsudatives, ablation de fil de suture)
 - Pansement pour la phase de bourgeonnement et d'épidermisation
 - Pansement pour le pied diabétique
 - Pansement de gastrostomie et jejunostomie
 - Pansement de plaie chirurgicale ou traumatique faiblement exsudative

Antiseptique :
 Flacon Unidose Quantité :

2/ Les pansements primaires (cf. tableau page suivante) à choisir selon l'aspect de la plaie :

- Forme anatomique sacrum
- Forme anatomique talon
- Forme non spécifique

Taille estimée :	petite	moyenne	grande	
	Hydrocolloïde	Hydrocellulaire	Alginate	Hydrogel
	Hydrofibre	Pansement au charbon		
	Pansement à l'argent		Tulle	Interface

3/ Les pansements secondaires :

- Pansement américain Bande Nylex®
- (Bande de crêpe) ex. Velpeau® Filet tubulaire

4/ Anesthésiant de contact : Emla®, Xylocaine®

5/ Emollients non allergisants pour l'entretien de la peau péri lésionnelle :

- Vaseline Cold cream®
- Cérat de Galien® Dexeryl®

- 1 Rédiger cette prescription en décomposant la chronologie des soins que va réaliser l'infirmier, afin que le pharmacien puisse fournir le matériel nécessaire aux soins.
- 2 Ne pas oublier que le pharmacien n'a pas d'accès visible à la lésion cutanée. Le prescripteur est donc censé la détailler.
- 3 Pour être remboursé, le contenu du set de soin doit dorénavant être détaillé sur l'ordonnance.
- 4 Une estimation de la taille, du diamètre et de la profondeur de la perte cutanée est un minimum.

Pour s'assurer d'une prescription adaptée, ne pas hésiter à prendre contact avec l'infirmier qui dispensera les soins. En septembre 2011, seuls les sets de pansement sec, pansement gras et pansement détersion seront pris en charge par l'assurance maladie. Ne pas hésiter à se renseigner auprès des distributeurs et/ou du pharmacien pour connaître les modalités de remboursement.

LISTE DES PANSEMENTS PRIMAIRES INSCRITS A LA LPPR*

CLASSE DE PANSEMENT	PRINCIPAUX PRODUITS REMBOURSÉS EN VILLE (LABORATOIRE)	
Hydrocolloïdes	Algoplaque® / Ugoder® (Urgo) Askina Biofilm® / Askina hydro® (B-Braun) Comfeel® (Coloplast)	DuoDerm® Signal E (Convatec) Hydrocoll® (Hartmann)
Alginates	Algosteril® (Johnson & Johnson) Askinasorb® (B-Braun) Melgisorb® (Mölnlycke)	Seasorb soft® (Coloplast) Sorbaigon® (Hartmann) Urgosob® (Urgo)
Hydrocellulaires	Allevyn® (Smith & Nephew) Askina transorbent® (B-Braun) Biatain® (Coloplast) Cellosorb® (Urgo) Combiderm® (Convatec)	Cutinova Hydro® (Smith & Nephew) Mepilex®, Mepilex® Border (Mölnlycke) Permafoam® (Hartmann) Tielle® (Johnson & Johnson)
Hydrofibres	Aquace® (Convatec)	
Hydrogels	Askina gel® (B-Braun) Duoderm hydrogel® (Convatec) Hydrosorb® (Hartmann) Intrasite gel® (Smith & Nephew)	Normigel® (Mölnlycke) Nu-Gel® (Johnson & Johnson) Purilon® (Coloplast) Urgo hydrogel® (Urgo)
Pansements au charbon	Actisorb Ag® (Johnson & Johnson) Allone® (Coloplast) Askina Carbosorb® (B-Braun)	Carboflex® (Convatec) Carbonet® (Smith & Nephew)
Pansements à l'argent	Actisorb Ag® (Johnson & Johnson) Altret® (Coloplast) Aquace Ag® (Convatec) Biatain Ag® (Coloplast)	Ialuset® Plus (Genevrier) Release Ag® (Johnson & Johnson) Urgotul S Ag® (Urgo)
Tulles non médicaux neutres	Grasolind® (Hartmann) Jelonet® (Smith & Nephew) Lomatuell H® (Lohmann & Rauscher)	Tulle gras® (Solvay) Vaselitulle® (Sarbach)
Interfaces	Adaptic® (Johnson & Johnson) Cuticerin® (Smith & Nephew) Mépile® (Mölnlycke)	Physiotulle® (Coloplast) Urgotul® (Urgo)
Pansements à base d'acide hyaluronique (AH)	Effidia® (Medix) Ialuset® (Genevrier)	
Pansement hydro-absorbant	Hydroclean® (Hartmann)	

2-2 Ordonnance pour réfection de pansement destinée à l'infirmier

Identification du Prescripteur + N°RPPS ou ADELI ou N°FINESS de l'établissement	Identification du Patient N° de Sécurité Sociale
---	---

Le xx/xx/xxxx

ALD30 / HORS ALD 30

Faire réaliser par un infirmier, à domicile,
la réfection de pansement selon le protocole de soins suivants :

1- Rythme journalier :

une fois par jour
deux fois par jour (si souillure)

2- Rythme hebdomadaire

.....jours par semaine
ou 7 jours par semaine, week end et férié inclus .

3- Durée prévisible des soins :

.....

4- Pansement complexe

5- Localisation de la lésion :

6- Rédiger le protocole de soins souhaité :

Lavage à l'eau et au savon ou au sérum physiologique
ou antiseptique dilué
Puis détersion mécanique si nécrose ou fibrine
Puis application d'un pansement primaire
Puis mise en place d'un pansement secondaire

Signature

- 1 Si les soins doivent être réalisés à domicile, il faut le mentionner.
- 2 Il est possible de laisser l'initiative du rythme de changement du pansement à l'infirmier.
- 3 Le rythme des soins est fonction du stade de la plaie. Fréquent au stade de détersion (tous les jours), il est plus espacé quand la plaie est au stade de bourgeonnement (3 fois par semaine) ou d'épithélialisation (1 à 2 fois par semaine).
- 4 Si le pansement doit être refait les dimanches et jours fériés, il faut le préciser sur l'ordonnance.
- 5 La prescription sera établie pour un temps limité, variant d'une semaine à un mois. Mais la durée peut être indéfinie, jusqu'à cicatrisation complète de la plaie, si cette mention est précisée sur l'ordonnance.
- 6 A préciser quand il s'agit d'un pansement qui nécessitera du temps de soins, pour que l'infirmier puisse appliquer le tarif en lien avec l'acte et le temps passé pour le réaliser.

Voici à titre indicatif quelques tarifications de l'infirmier libéral :

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) définit les lettres-clés propres à chaque profession. Pour les infirmiers, ces lettres-clés sont actuellement au nombre de 3 :

- o AMI (Acte Médicaux-Infirmiers)
- o AIS (Acte de Soins Infirmiers)
- o DI (Démarche de soins Infirmiers)

Aujourd'hui, ces tarifs sont, suivant la **dernière convention datée du 18 avril 2009** :

	Metropole
AMI	3,15
AIS	2,65
DI	10,00
IFD (indemnité forfaitaire de déplacement)	2,30
IK (indemnité kilométrique) Plaine	0,35
IK (indemnité kilométrique) Montagne	0,50
Majoration de nuit 20h-23h / 5H-8h	9,15
23h-5h	18,30
Majoration de dimanche	8,00

Voici quelques exemples fréquents :

Pansement simple : 6,30 euros (AMI 2)

Pansement complexe : 12,60 euros (AMI 4)

Injection IM / SC : 3,15 euros ; IVD : 4,70 euros

Perfusion : 31,50 euros

Toilette : 7,95 euros la demi-heure (3 x AIS)

Aérosol : 5 euros

3-1/ Les différents professionnels pouvant réaliser une toilette :

- Les infirmiers libéraux :

Les soins d'hygiène ou de nursing réalisés par un infirmier libéral comportent quatre volets :

1- l'hygiène : toilette au lit ou au lavabo, douche, pédiluve, rasage, shampoing, habillage, entretien des prothèses dentaires, soins des yeux, de la bouche, des oreilles, lever, coucher, mise sur WC, pose d'étui pénién, pose de bas ou de bandes de contention,...

2- la surveillance et l'observation : état cutané aux points d'appui, état d'hydratation, poids, élimination urinaire et fécale, surveillance d'une sonde vésicale, état de la ventilation, préparation des médicaments et vérification des prises, température, tension artérielle, état circulatoire, mobilité, douleurs,...

3- la prévention : appel au médecin traitant si nécessité, conseils aux patients et à l'entourage, prévention d'escarres, de la déshydratation,...

4- le suivi relationnel : avec le patient, la famille, les collègues de l'équipe éventuelle, le médecin traitant et les autres intervenants médicaux et paramédicaux,...

La prescription médicale de soins de nursing est nécessaire à la prise en charge par les caisses d'assurance-maladie.

Cette prescription doit préciser le contenu des soins de nursing par un infirmier libéral (hygiène, surveillance, prévention, observation, suivi relationnel), le nombre de séances par jour (4 maximum), la durée de la prescription, l'inclusion des week-end et jours fériés, si nécessaire, et sa réalisation à domicile.

Une demande d'entente préalable doit être faite auprès de la Caisse par l'infirmier, l'accord étant tacite en l'absence de réponse au bout de 15 jours.

Une bonne collaboration infirmier-médecin traitant permet d'adapter les soins de nursing en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. Elle sera facilitée par une communication régulière.

La mise en œuvre des soins de nursing devrait s'inscrire dans le cadre d'un plan de soin infirmier, introduit dans la nomenclature des actes infirmiers, par arrêté du 13 octobre 2000. Mais ce plan de soin infirmier n'est pas encore aujourd'hui mis en œuvre concrètement dans l'exercice quotidien. Il consiste en l'établissement d'un bilan des besoins de soins ou d'aide courante de la personne dépendante et définit un plan de soins individualisé qui devra être communiqué au médecin traitant pour contre-signature. Ce plan est établi pour trois mois.

- Les SSIAD :

Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est destiné aux personnes handicapées de moins de 60 ans et aux personnes âgées de plus de 60 ans, et, sur dérogation du médecin conseil, pour des soins palliatifs.

Ce service intervient sur prescription médicale, sous réserve de place disponible, après évaluation à domicile, pour une durée de 30 jours, renouvelable. Les soins sont réalisés généralement quotidiennement 7 jours/7, parfois moins (5 jours/7), en fonction de l'état du patient et de la capacité de prise en charge du service.

Les soins portent sur la **surveillance médicale, l'assistance pour soins de toilette et les soins paramédicaux : soins infirmiers et soins de pédicurie.**

Ils sont réalisés par des infirmiers et des aides-soignants qui assurent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels.

Le service de soins infirmiers à domicile peut passer convention avec des infirmiers libéraux et des pédicures qui sont alors associés aux interventions du service et sont rémunérés en honoraires par le SSIAD.

3-1 Ordonnance pour soins d'hygiène par un infirmier (libéral ou SSIAD)

Identification du Prescripteur + N°RPPS ou ADELI ou N°FINESS de l'établissement	Identification du Patient N° de Sécurité Sociale
---	---

Le xx/xx/xxxx

ALD30 / HORS ALD 30

Faire par un infirmier libéral les soins d'hygiène à domicile :

Préciser le contenu des soins de nursing souhaités:

- Hygiène
- Surveillance
- Prévention
- Suivi relationnel

1

Rythme journalier :

- une fois par jour
- deux fois par jour
- fois par jour, en fonction des besoins, si souillure (diarrhée, grabataire, perte autonomie sévère...)

Rythme hebdomadaire

.....jours par semaine

ou

ou 7 jours par semaine, week end et férié inclus.

2

Durée de l'ordonnance :

1 Il est très fréquent qu'une souillure ait lieu dans l'après midi ou la fin de journée chez un patient alité ou chez un patient présentant une diarrhée, ce qui justifie 2 passages journaliers.

2 Souvent 3 à 6 mois pour maladie chronique.

Signature

- L' Hospitalisation A Domicile (HAD) :

L'**Hospitalisation à Domicile** (HAD) est préconisée pour les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques et permet de délivrer des actes médicaux comparables à ceux pratiqués à l'hôpital.

La prise en charge en HAD est réalisable pour tout assuré social, enfant ou adulte, répondant à des situations cliniques très diverses (30 % des patients pris en charge en HAD sont moyennement à fortement dépendants).

Les soins palliatifs, de cancérologie et de périnatalité sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Certains soins sont parfois confiés à des infirmiers libéraux, en complément de l'HAD.

La prescription médicale peut être réalisée par le médecin hospitalier ou **le médecin traitant**. Cette prescription se fait en remplissant le document spécifique de chaque établissement d'HAD, précisant le projet de soins.

Le patient sera admis en HAD, s'il relève des critères HAD définis par décret et suite à l'acceptation du dossier par le médecin coordinateur de l'HAD.

Le projet de soins personnalisé est proposé par un infirmier coordinateur qui se déplace soit dans le service hospitalier soit au domicile du patient pour faire l'évaluation initiale de ses besoins.

L' HAD assure la continuité des soins 24 heures / 24 et permet une dispense d'avance de frais pour les matériels non remboursés.

La durée de prise en charge peut aller de 1 à 90 jours. Elle est renouvelable.

- Les auxiliaires de vie :

Les auxiliaires de vie s'adaptent aux besoins du patient selon son autonomie et assurent une présence auprès de lui. Ils interviennent la journée et le week-end selon les besoins.

Ils peuvent apporter les aides suivantes :

- o **aide à la toilette (ne relevant pas d'un acte médical) et à l'habillement**

- o tâches ménagères d'entretien courant

- o courses

- o accompagnement à des rendez-vous

- o confection de repas et aide à la prise des repas

- o aide dans les démarches administratives,...

Le tarif des interventions est fixé par l'association ou l'entreprise prestataire. Le coût des interventions est déductible des impôts (50 % de la somme dépensée dans la limite d'un plafond maximum de dépenses annuelles de 12.000 euros).

Dans ce cadre, il n'y pas de soins et donc pas de nécessité d'ordonnance ou de certificat médical.

Identification du Prescripteur
+ N°RPPS ou ADELI
ou N°FINESS de l'établissement

Identification du Patient
N° de Sécurité Sociale

ALD30 / HORS ALD 30

Le xx/xx/xxxx

Achat pour pose d'une solution de perfusion : set à perfusion

1- Le choix de la voie d'administration

La voie sous cutanée : 1 épicroânienne et 1 perfuseur avec robinet à 3 voies

La voie veineuse périphérique : 1 cathéter, 1 épicroânienne et 1 perfuseur avec robinet à 3 voies

La voie veineuse centrale sur PAC : 1 aiguille de Huber et 1 perfuseur

2- Indiquer la nature du soluté :

1 poche de soluté de Glucosé 5% :

500 ml

1000 ml

1500 ml

1 poche de sérum physiologique

500 ml

1000 ml

1500 ml

3- Autres produits de perfusion :

(Electrolytes, antibiotiques,...)

4- Rythme souhaité :

Tous les jours

1 jour sur 2

autre

5- Durée de l'ordonnance :

6- Pied à perfusion : achat ou location

7- Achat d'une boîte de recueil d'aiguilles souillées

Signature

Le médecin rédige une ordonnance de soins de kinésithérapie qui permet le remboursement des soins.

La prescription quantitative n'est plus nécessaire, le kinésithérapeute ayant le libre choix des moyens à mettre en œuvre, après réalisation d'un bilan diagnostic. Les ordonnances précisent le caractère d'urgence et le déplacement à domicile si nécessaire.

Le motif du traitement peut être indiqué, certaines caisses d'assurance maladie le demandent. Afin d'éviter une prescription incomplète ou imprécise ou de régulariser a posteriori des soins effectués, il est nécessaire de mieux connaître la nomenclature des actes de kinésithérapie, pour faciliter un travail de qualité et s'adapter à chaque patient.

Voici une liste non exhaustive de cette nomenclature :

AMK 6 : déambulation de la personne âgée

AMK 7 : kinésithérapie respiratoire

AMK 8 : rééducation des 2 membres inférieurs, équilibre, rééducation de l'hémiplégie.

AMK 9 : rééducation après amputation d'un membre, rééducation des plusieurs membres suite à une atteinte neuromusculaire

AMK 10 : rééducation de la paraplégie et tétraplégie

AMK 12 : soins palliatifs

BILAN : AMK 5 pour un membre, AMK 8 pour deux membres et AMK 10 pour tout le corps.

Le tarif d'un soin de masso-kinésithérapie est déterminé en multipliant le prix de la lettre-clé appropriée par la cotation correspondant au soin et inscrite à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Depuis l'arrêté du 14 mai 1991, la nomenclature comporte 3 lettres-clés distinctes :

1- **AMS** - Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par le masseur-kinésithérapeute

2- **AMK** - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.

3- **AMC** - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autres que ceux qui donnent lieu à application de la lettre-clé AMK.

AMS	Métropole 2,04 €
AMK	Métropole 2,04 €
AMC	Métropole 2,04 €
Majoration Dimanche et Jour Férié	7,62 €
Majoration nuit	9,15 €

J/O du 04/03/2006

Le remboursement des actes de pédicurie est effectif depuis juin 2008 uniquement si :

- la réalisation se fait en ambulatoire, **mais pas au domicile**,
- le patient est en ALD 30,
- la pathologie est précisée :
 - o patient diabétique avec neuropathie sensitive associée à une artériopathie des membres inférieurs et/ou déformations du pied
 - o patient présentant un antécédent d'ulcération du pied ou amputation de membres inférieurs.

Les pédicures-podologues accomplissent, **sans prescription médicale** préalable, les actes professionnels suivants :

1- Diagnostic et traitement des hyperkératoses mécaniques ; verrues plantaires ; ongles incarnés...

2- Exfoliation et abrasion des téguments et phanères par rabotage, fraisage et meulage

3- Soins des conséquences des troubles sudoraux

4- Soins d'hygiène du pied permettant d'en maintenir l'intégrité

5- Prescription et application des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

6- Prescription, confection et application des prothèses et orthèses visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied

L'orthophonie consiste à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, **les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression**, quelle qu'en soit l'origine ; à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Dans le cadre de la prescription médicale, **l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur.**

Ne pas omettre de préciser l'**ALD 30**, avec la mention "**à domicile**" si nécessaire, et la réalisation d'**un bilan avec le nombre de séances de rééducation**, qui, à l'issue du bilan, seront déterminées par l'orthophoniste.

Depuis le 02.12.2009, une nouvelle nomenclature s'applique aux lits médicaux et accessoires associés destinés aux patients ayant perdu leur autonomie motrice de façon transitoire ou définitive.

Les modalités de prise en charge d'un lit médicalisé :

- La prise en charge d'un lit médicalisé fait suite à une prescription médicale mais n'est pas soumise à la procédure d'accord préalable.
- Le matelas ne se loue pas et doit être acheté par le patient.

Le remboursement s'effectue par la CPAM vers le pharmacien ou le prestataire, il n'y a pas d'avance de frais par le patient.

Préconisation de la prescription médicale :

Seul est pris en charge le lit médicalisé disposant d'au moins deux fonctions non manuelles (hauteur variable, relève buste, relève jambe, plicature des genoux). Les lits médicalisés disposant de la fonction proclive-déclive ne sont pas pris en charge.

La location est à proposer : pour les pathologies temporaires et pour les pathologies non régressives ou évolutives avec évaluation du pronostic vital inférieur à un an. L'Assurance Maladie assure la prise en charge de la location des lits médicaux «standards». Dans le cadre d'une location de lit pour une personne pesant plus de 135 Kg, le poids doit être mentionné sur la prescription.

L'achat est à proposer : d'emblée en cas de pathologies non régressives ou évolutives avec évaluation du pronostic vital supérieur à un an. L'Assurance Maladie assure la prise en charge de l'achat des lits médicaux. Pour les lits dits « spécifiques », préciser sur l'ordonnance les besoins particuliers :

- nécessité d'un **plan de couchage supérieur à 200 cm** (taille supérieure des lits **disponibles sur le marché**)
- **pathologie qui nécessite des besoins non couverts par le lit médical standard**
- **nécessité de l'utilisation d'un lit double.**

Le forfait de livraison du lit, à la location ou à l'achat, comprend :

- la livraison, la mise en service, la reprise du lit et de ses accessoires à domicile pour la location
- une maintenance annuelle préventive à réaliser (uniquement pour les lits achetés avant le 19.11.2009 et pour les patients ne résidant pas en EHPAD).

Peuvent être pris en charge sur prescription médicale, en sus du lit, **un matelas simple ou anti-escarres ainsi que des barrières. Ne pas oublier la potence** selon la situation.

La prise en charge des CNO est assurée chez des malades dont la fonction intestinale est normale et qui sont dénutris selon les critères suivants (l'ordonnance doit mentionner 1 de ces critères) :

- Perte poids > 5% en 1 mois ou > 10% en 6 mois
- Ou IMC < 18,5 (hors maigre constitutionnelle) ou IMC < 21 pour les + 70 ans
- Ou MNA < 17/30 ou Albuminémie < 35 g/l

La 1ère prescription est effectuée pour 1 mois maximum ; le renouvellement pour 3 mois après réévaluation

10/ Prestataires de services médico-techniques

Avant la rédaction de l'ordonnance, se renseigner auprès des différents prestataires afin de bien la libeller. Elle est destinée aux personnes nécessitant un appareillage à domicile (assistance respiratoire, nutrition entérale, insulinothérapie par pompe,...) sur prescription médicale. Le prestataire fournit le matériel (tubulure, lunettes nasales, masque,...) et en assure la maintenance. La prise en charge est réalisée par la CPAM et la Mutuelle.

Cas particulier de l'oxygénothérapie de longue durée (OLD) à domicile :

Les critères de prescription et de prise en charge par la sécurité sociale sont : **une PaO₂ ≤ 55 mmHg en cas de BPCO ou < 60 mmHg pour toutes les autres causes d'IRC (5).** La prise en charge est assurée par entente préalable dont la demande est remplie par le médecin prescripteur (spécialiste ou généraliste) lors de la première prescription et une fois par an lors des renouvellements.

Sur le formulaire figurent obligatoirement des données chiffrées issues d'une spirométrie ou d'une pléthysmographie et de deux gazométries artérielles en air ambiant, effectuées à au moins 15 jours d'intervalle. Cette prise en charge est réservée aux patients graves dont l'état nécessite **l'administration d'oxygène pendant une durée quotidienne d'au moins 15 heures.**

Elle est assurée sur la base de deux forfaits hebdomadaires: **un forfait pour une oxygénothérapie en poste fixe et un forfait pour une oxygénothérapie intensive ou de déambulation.**

L'OLD nécessite une prescription médicale annuelle rédigée sur une ordonnance précisant la durée d'administration quotidienne ainsi que les débits (l/mn) prescrits au repos dans la journée et la nuit pendant le sommeil.

Cas particulier de l'oxygénothérapie de courte durée à domicile :

L'oxygénothérapie est prescrite pour une période très courte : inférieure à 3 mois. La situation classique est celle des patients hospitalisés pour un épisode d'insuffisance respiratoire aiguë pour lesquels l'oxygénothérapie prescrite lors de l'épisode aigu est poursuivie quelques semaines après le retour au domicile jusqu'à récupération d'une PaO₂ correcte ou passage à l'oxygénothérapie de longue durée.

Une oxygénothérapie de courte durée peut aussi être prescrite lors d'épisodes d'instabilité d'une maladie pulmonaire ou cardiaque (bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, asthme grave), ou chez les patients atteints de néoplasies évoluées. **Elle n'empêche pas la nécessité de correctement titrer le débit d'oxygène par les gaz du sang et sa surveillance au delà de la prescription. La prise en charge est assurée pendant un mois, renouvelable 2 fois. Au-delà, elle est ensuite assurée au titre de l'OLD.**

Nous espérons que ce guide permettra d'accroître le nombre de prescriptions adaptées, favorisant une prise en charge optimale des personnes âgées à domicile et permettant aux intervenants du domicile d'effectuer leurs soins dans de bonnes conditions.

Pour s'assurer d'une prescription adaptée, ne pas hésiter à entrer en contact avec les intervenants habituels du patient qui le connaissent dans son environnement (médecin traitant, infirmier, pharmacien,...), ainsi qu'avec les professionnels qui seront amenés à dispenser les soins et à délivrer les matériels (infirmier, pharmacien, SSIAD, prestataire, HAD,...)

L'équipe de coordination du réseau Osmose reste disponible pour toute aide ou question à ce sujet.

Auteur :

Docteur Giorgio Messina – Gériatre - Médecin coordinateur pôle Gériatrie Osmose ; Clinique du Plateau – 92140 – Clamart.

Relecteurs :

Françoise Chevojon – Infirmière coordinatrice – SSIAD de Fontenay-aux-Roses ; Nicole Corre – Infirmière coordinatrice pôles Cancérologie et Gériatrie Osmose ; Béatrice Di Maria – Pharmacien d'officine - Châtenay-Malabry ; Gaëlle-Anne Estocq – Médecin coordinateur pôle Cancérologie Osmose ; François Hennequin – Infirmier coordinateur pôle Soins Palliatifs Osmose ; Stéphane Lévêque – Directeur Osmose ; Pierre Loué – Médecin Généraliste – Fontenay-aux-Roses – Administrateur Osmose ; Rissane Ourabah – Médecin Généraliste Fontenay-aux-Roses – Vice-Président Osmose ; Carole Raso – Médecin coordinateur pôle Soins Palliatifs Osmose ; Pascale Robillard – Infirmière coordinatrice pôle Soins Palliatifs Osmose.

osmose

www.reseau-osmose.fr

92350 - Le Plessis Robinson



Réseau Osmose
20/22, avenue Edouard Herriot
Immeuble Le Carnot
92350 Le Plessis Robinson
Téléphone : 01 46 30 18 14
info@reseau-osmose.fr
www.reseau-osmose.fr

Avec le soutien de

