



**GUIDE DESTINÉ
AUX PATIENTS (ET
AUX AIDANTS) QUI
REÇOIVENT UNE
PERFUSION À DOMICILE
D'ALDURAZYME[®]**

VERSION N° 1.0, Décembre 2024

Ce document s'inscrit dans le cadre du plan de gestion des risques
d'Aldurazyme[®]

sanofi

240307164455SP - 12/2024

Diffusé sous l'autorité de l'ANSM

CONTENU

Lisez attentivement ce document avant la mise en oeuvre de vos perfusions à domicile et conservez-le, vous aurez peut-être besoin de le relire.

- Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou à l'infirmier(-ère) qui administre la perfusion.

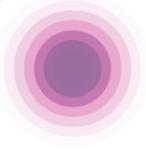
1. Informations concernant votre traitement	2
2. Perfusion à domicile	2
3. Organisation du traitement à domicile	2
4. Conduite à tenir en cas d'effets indésirables	3
5. L'utilisation du « carnet de liaison »	3

ABRÉVIATIONS

MPS I : Mucopolysaccharidose de type I

RAP : Réaction associée à la perfusion

PDS : Professionnel de santé (médecin, infirmier/ère, autres)



1. INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE TRAITEMENT

En concertation avec votre médecin, vous allez recevoir vos perfusions d'Aldurazyme® à domicile. Ce document vise à réduire les risques de réaction d'hypersensibilité (allergie) et d'erreur médicamenteuse lors de l'administration d'Aldurazyme® à domicile. Vous y trouverez des informations sur l'organisation et les modalités d'administration de votre traitement Aldurazyme® à domicile.

2. PERFUSION À DOMICILE

La décision de recevoir votre traitement à domicile doit être prise par votre médecin prescripteur en concertation avec vous/votre aidant, après une période de perfusions initiales effectuées à l'hôpital pour s'assurer que vous tolérez bien les perfusions.

Un(e) infirmier(-ère) à domicile dûment formé(e) effectuera la perfusion à votre domicile.

Il/elle vérifiera au préalable votre état de santé afin de s'assurer que la perfusion puisse être réalisée.

Une personne adulte (votre aidant) capable de vous aider en cas de besoin devra être présente pendant toute la perfusion et durant un moment après la perfusion.

3. ORGANISATION DU TRAITEMENT À DOMICILE

1. Votre médecin prescripteur vous a remis les ordonnances nécessaires à votre prise en charge :

- Prescrit votre protocole de perfusion.
- Prescrit votre protocole de conduite à tenir en cas d'évènements indésirables.

2. Vous et votre aidant recevez les informations sur l'organisation de votre perfusion à domicile par votre médecin prescripteur et complétées par le prestataire de santé à domicile.

3. Le prestataire de santé vous livre la pompe ainsi que le matériel de perfusion qui resteront sur place.

4. Les flacons d'Aldurazyme® sont livrés via le prestataire de santé ou via un service spécifique de livraison ou récupérés par vous-même ou votre aidant à la pharmacie de l'hôpital en fonction de ce qui est convenu avec votre médecin prescripteur. Les flacons doivent être mis immédiatement au réfrigérateur entre 2°C et 8°C pour maintenir la chaîne du froid.

5. Vous (ou votre aidant) allez chercher vos autres traitements prescrits à l'officine de ville :

- Antiseptiques
- Solutions pour perfusion
- Prémédications, si nécessaire
- Médicaments d'urgence en cas de réaction à la perfusion

6. Vous, votre aidant et votre infirmier(-ère) convenez d'un rendez-vous pour la première perfusion.

4. CONDUITE À TENIR EN CAS D'EFFETS INDÉSIRABLES

Les effets indésirables se manifestent essentiellement pendant la perfusion d'Aldurazyme® ou peu de temps

après (« réactions associées à la perfusion »). Mais certains patients ont présenté des effets indésirables plusieurs heures après la fin de la perfusion.

Certaines de ces réactions associées à la perfusion étaient graves ou mettaient en jeu le pronostic vital.

Des réactions mettant en jeu le pronostic vital, y compris des réactions allergiques généralisées très sévères et un choc anaphylactique, ont été rapportés chez certains patients. Les symptômes de ces réactions comprennent **une sensation de malaise, de picotements, des vertiges, une tension artérielle basse, une fréquence cardiaque très rapide, des difficultés respiratoires, des nausées, vomissements, diarrhées, un gonflement du visage, des lèvres ou de la langue, une éruption cutanée avec ou sans démangeaisons.**

Si vous présentez un de ces effets, contactez immédiatement votre médecin.

Certains patients ont présenté des effets indésirables liés à la perfusion sous la forme de symptômes pseudo-grippaux, qui ont duré quelques jours après la fin de la perfusion.

Si vous présentez un effet indésirable grave pendant une perfusion, votre infirmier(-ère) à domicile interrompra la perfusion et suivra les directives fournies par votre médecin.

En cas d'effet indésirable léger ou modéré, votre infirmier(-ère) à domicile interrompra temporairement la perfusion et recommencera à un débit de perfusion inférieur en fonction de la persistance ou non des symptômes. Votre infirmier(-ère) peut administrer sur prescription des médicaments supplémentaires. Si les symptômes ne disparaissent pas, votre infirmier(-ère) peut arrêter complètement la perfusion pour ce jour-là.

Votre médecin décidera alors comment poursuivre votre traitement. Dans certains cas, votre médecin peut vous prescrire des médicaments supplémentaires (par ex. antihistaminiques, corticoïdes et/ou antipyrétiques) pour prévenir ces effets ou décider de poursuivre le traitement à l'hôpital jusqu'à ce que votre sécurité soit assurée, ou même de rétablir définitivement les perfusions à l'hôpital.

Pour une information complète, lisez la notice contenue dans votre boîte de médicament.

Si vous ne vous sentez pas bien en raison du médicament pendant la perfusion à domicile, celle-ci sera immédiatement interrompue par l'infirmier(-ère). Vous pouvez contacter votre médecin prescripteur et/ou le numéro d'urgence (15 ou 112) en fonction de la gravité de l'effet indésirable. Sur décision de votre médecin prescripteur, il pourrait être nécessaire que vos perfusions ultérieures soient réalisées à l'hôpital.

5. L'UTILISATION DU « CARNET DE LIAISON »

Une **annexe** à ce guide du patient est incluse : le « **carnet de liaison** ».

Le carnet de liaison est le document où doivent être consignés :

- Les prescriptions du médecin concernant le protocole de perfusion d'Aldurazyme®, les éventuelles prémédications et le protocole de prise en charge des éventuels effets indésirables.
- Les détails concernant chacune des perfusions réalisées et les éventuels effets indésirables, pendant ou après la perfusion.

Le carnet de liaison est à apporter à chaque consultation médicale auprès du médecin prescripteur. Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, ou en cas d'erreur médicamenteuse, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier(-ère).



Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.

Vous pouvez également contacter Sanofi :

sanofi

Sanofi Winthrop Industrie
82 avenue Raspail
94250 Gentilly

<https://www.sanofimedicalinformation.com>

0 800 222 555 Service & appel gratuits

ANNEXE : LE CARNET DE LIAISON

LE CARNET DE LIAISON

Carnet de liaison à l'attention des patients recevant des perfusions à domicile d'Aldurazyme® Données générales à compléter par le médecin prescripteur de Aldurazyme®.	
Patient :	Nom :
	Prénom :
	Date de naissance :
	Numéro de téléphone (domicile) :
	Numéro de téléphone (portable) :
Aidant(s) du patient :	Nom : Prénom :
	Numéro de téléphone (domicile) :
	Numéro de téléphone (portable) :
	Nom : Prénom :
	Numéro de téléphone (domicile) : Numéro de téléphone (portable) :
Infirmier(-ère) à domicile administrant Aldurazyme® :	Nom de l'infirmier (-ère) :
	Numéro de téléphone (portable) :
	Nom de l'infirmier (-ère) :
	Numéro de téléphone (portable) :
Prestataire de santé à domicile :	Nom de la société :
	Nom du contact :
	Numéro de téléphone :



Pharmacie d'officine :	Nom :
	Adresse :
	Ville :
	Code postal :
	Numéro de téléphone :
<hr/>	
Équipe soignante hospitalière :	Hôpital :
	Service :
	Ville :
	Numéro de téléphone :
	Nom(s) de(s) infirmier(-ère) coordinateur(-trice)(s) :
	Numéro de téléphone :
<hr/>	
Médecin prescripteur :	Nom :
	Numéro de téléphone :
	Numéro d'urgence :
<hr/>	
Médecin traitant (en ville) :	Nom :
	Numéro de téléphone :
	Numéro d'urgence :
<hr/>	

Pour toute urgence contactez le 15 ou le 112

Traitement	
<hr/>	
Initiation du traitement :	Date d'initiation :
	Poids du patient (kg) :
	Dose totale par perfusion (en Unité) :
	Nombre de flacon(s) par perfusion :
	Prémédication :
	Fréquence :
	Volume reconstitué requis (en ml) :
<hr/>	
Traitement à domicile :	Date de mise au traitement à domicile :
	Mode de perfusion (Pompe, Autre (préciser)) :
	Voie d'abord veineuse (Périphérique ou Centrale) :
<hr/>	
Allergie(s) connue(s) et commentaires :	
<hr/>	

Se référer au protocole médical personnalisé prescrit par votre médecin

CONDUITE À TENIR EN CAS DE RÉACTION GRAVE ASSOCIÉE À LA PERFUSION (RAP)

(à remplir par le médecin)

- En cas de réaction associée à la perfusion, celle-ci doit être immédiatement interrompue.
- Gardez ce carnet de liaison à proximité au cas où vous auriez besoin d'informations sur les protocoles d'urgence pendant la perfusion.

1. Arrêter immédiatement la perfusion

2. Appeler le numéro d'urgence nationale

Numéro d'urgence : 15 ou 112

3. Appeler votre médecin

Numéro de téléphone :

Numéro de téléphone (24h) :

Nom du médecin :

Nom de l'hôpital/clinique :

4. Traitement d'urgence

Médicaments, y compris la posologie :

5. Contact de la personne de votre entourage à informer

Nom :

Numéro de téléphone :

6. Protocole médical personnalisé des conduites à tenir en cas de RAP

SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				



SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

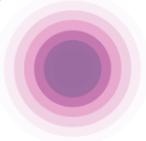
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

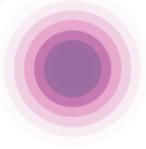
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

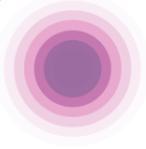
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

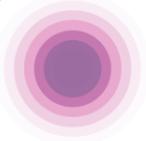
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

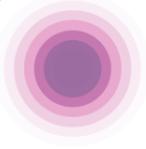
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

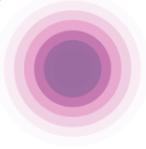
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

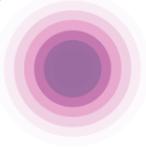
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

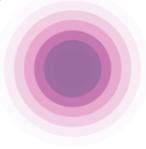
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

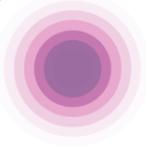
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

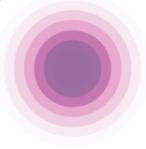
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

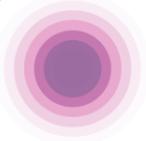
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : □□/□□/□□□□

Perfusion n° : □□□

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





SUIVI DE LA PERFUSION

Feuillet à remplir par l'infirmier(-ère) lors de chaque administration

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Pour chaque lot utilisé, coller ici l'étiquette autocollante détachable du flacon

Remarques sur le déroulement de la perfusion	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
Évènement indésirable éventuel	
Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	
<p>Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.</p>	

Nom et prénom du patient :

Date : / /

Perfusion n° :

Poids (kg) : Posologie :

Volume de perfusion (ml) : Prémédication éventuelle :

Nom de l'IDE : Signature :

Signes vitaux avant la perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				

Début de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux pendant la perfusion :

Les signes vitaux doivent être relevés après chaque changement de débit.

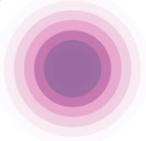
(heures : minutes)	Débit (ml/h)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H					
H					
H					
H					
H					
H					
H					

Fin de la perfusion (h/min) :

Signes vitaux en fin de perfusion :

(heures : minutes)	PAS/PAD	FC/min	T(°C)	FR/min
H				





Remarques sur le déroulement de la perfusion	
---	--

Évènement indésirable éventuel	
---------------------------------------	--

Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	

Évènement indésirable éventuel	
---------------------------------------	--

Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	

Évènement indésirable éventuel	
---------------------------------------	--

Description	
Délai d'apparition	
Intensité	
Conduite appliquée	
Commentaires :	

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement.social-sante.gouv.fr.

