



# PERFUSION À DOMICILE DE MYOZYME® (ALPHA ALGLUCOSIDASE)

## GUIDE À L'ATTENTION DES PATIENTS ET DES AIDANTS

VERSION N° 1.0, juillet 2025

Ce document s'inscrit dans le cadre du plan de gestion  
des risques de Myozyme®

**sanofi**

240419115144QF-07/2025

Diffusé sous l'autorité de l'ANSM

## À PROPOS DE CE DOCUMENT

**Lisez attentivement ce document avant de débiter 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.

# CONTENU

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

## **ABRÉVIATIONS**

**GAA** : Alpha-glucosidase acide

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

**RAP** : Réactions associées à la perfusion



# 1. Informations concernant votre traitement

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

## 2. Perfusion à domicile

**La décision de recevoir votre traitement Myozyme® à domicile doit être prise conjointement par votre médecin prescripteur et vous/votre aidant, après avoir reçu plusieurs perfusions 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 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 :
  - votre protocole de perfusion.
  - votre protocole de conduite à tenir en cas d'effets 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 à votre domicile.
4. Les flacons de Myozyme® 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 les perfusions.



## 4. Conduite à tenir en cas d'effets indésirables

Des effets indésirables peuvent se manifester, essentiellement pendant la perfusion du médicament ou peu de temps après (« réactions associées à la perfusion (RAP) »), mais certains patients ont présenté des effets indésirables plusieurs heures après la fin de la perfusion.

**Certains de ces effets indésirables liés à la perfusion peuvent être graves et mettre votre vie en jeu.** Des effets 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 à respirer, des nausées, des vomissements, des diarrhées, un gonflement du visage, des lèvres ou de la langue, une éruption cutanée avec ou sans démangeaisons.**

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

**Si vous présentez un effet indésirable léger, modéré ou grave pendant la perfusion, votre infirmier(-ère) à domicile arrêtera immédiatement la perfusion et suivra les directives préétablies par votre médecin prescripteur.**

**En cas d'effet indésirable léger ou modéré,** votre infirmier(-ère) à domicile arrêtera temporairement la perfusion puis la reprendra 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 et si vous devez par la suite recevoir une prémédication pour prévenir certains de ces effets indésirables (par ex. antihistaminiques, corticoïdes et/ou antipyrétiques). Dans certains cas, votre médecin peut décider de poursuivre votre 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 pendant la perfusion à domicile du médicament, celle-ci sera immédiatement arrêtée par l'infirmier(-ère). Le médecin prescripteur et/ou le numéro d'urgence (15 ou 112) doit être contacté immédiatement 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 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 de Myozyme<sup>®</sup>, 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 avec le médecin prescripteur.

**Si vous présentez un effet indésirable, ou en cas d'erreur médicamenteuse, vous, votre aidant ou votre infirmier(ère) devez immédiatement en informer votre médecin prescripteur.**

Vous, votre aidant ou infirmier(ère) pouvez également déclarer les effets indésirables directement via : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance  
Site internet : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>.

Vous pouvez également contacter Sanofi :

**sanofi**

Sanofi Winthrop Industrie - S.A. au capital de 463.631.520 euros - RCS Créteil 775 662 257  
82 Avenue Raspail- 94250 Gentilly

Pour contacter l'information médicale :

Par internet : <https://www.sanofimedicalinformation.com>

Par téléphone du lundi au vendredi, de 9h à 18h aux numéros suivants :

Depuis la métropole :

**0 800 394 000**

Service & appel  
gratuits

Depuis les DROM-COM :

**0 800 626 626**

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 de Myozyme®

Données générales à compléter par le médecin prescripteur

<b>Patient :</b>	Nom :
	Prénom :
	Date de naissance :
	Numéro de téléphone (domicile) :
	Numéro de téléphone (portable) :
<b>Aidant(s) du patient :</b>	Nom :
	Prénom :
	Numéro de téléphone (domicile) :
	Numéro de téléphone (portable) :
	Nom :
	Prénom :
	Numéro de téléphone (domicile) :
	Numéro de téléphone (portable) :
<b>Infirmier(-ère) à domicile administrant Myozyme® :</b>	Nom de l'infirmier(-ère) :
	Numéro de téléphone (portable) :
<b>Prestataire de santé à domicile :</b>	Nom de la société :
	Nom du contact :
	Numéro de téléphone :
<b>Pharmacie d'officine :</b>	Nom :
	Adresse :
	Ville :
	Code postal :
	Numéro de téléphone :



<b>Équipe soignante hospitalière :</b>	Hôpital :
	Service :
	Ville :
	Numéro de téléphone :
	Nom(s) de(s) infirmier(-ère) coordinateur (-trice)(s) :
	Numéro de téléphone :
<b>Médecin prescripteur :</b>	Nom :
	Numéro de téléphone :
	Numéro d'urgence :
<b>Médecin traitant :</b>	Nom :
	Numéro de téléphone :
	Numéro d'urgence :

**Pour toute urgence contactez le 15 ou le 112**

## Traitement

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

Se référer au protocole médical personnalisé prescrit par votre médecin



# CONDUITE À TENIR EN CAS DE RÉACTION GRAVE ASSOCIÉE À LA PERFUSION

(à remplir par le médecin)

**En cas de réaction associée à la perfusion, la perfusion 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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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					

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\***

**Des réactions associées à la perfusion / Evènement indésirable éventuel**

Description :

Délai d'apparition :

Intensité :

Conduite appliquée :

Commentaires :

**Des réactions associées à la perfusion / Evènement indésirable éventuel**

Description :

Délai d'apparition :

Intensité :

Conduite appliquée :

Commentaires :

**Des réactions associées à la perfusion / Evènement indésirable éventuel**

Description :

Délai d'apparition :

Intensité :

Conduite appliquée :

Commentaires :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Après la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	
<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Après la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	
<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Après la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Après la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	
<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Après la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	
<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Après la perfusion ?	_____ Oui _____ Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Après la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	
<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Après la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	
<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Après la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Après la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	
<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Après la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	
<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Après la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Après la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	
<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Après la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	
<b>Des réactions associées à la perfusion ?</b>	
Pendant la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Après la perfusion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires :	
Date de la perfusion :	
Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :	

# SUIVI DE LA PERFUSION

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 : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Lieu de perfusion :  Hôpital  Domicile  Autre (préciser) : .....

Mode de perfusion :  Pompe  Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse :  Périphérique  Centrale

## 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\***

*\*En cas de réaction associée à la perfusion, se reporter à la section 4 du guide patient/aidant.*

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :

**Des réactions associées à la perfusion ?**

Pendant la perfusion ?  Oui  Non

Après la perfusion ?  Oui  Non

Commentaires :

Date de la perfusion :

Nom du professionnel de santé administrant les perfusions :



