

PRESCRIPTION POUR TRAITEMENT DE PLAIE PAR PRESSION NEGATIVE (TPN) D'UN PATIENT PRIS EN CHARGE EN HAD

Vous nous faites une demande de prise en charge pour un patient bénéficiant d'un TPN.

La prise en charge de ces patients dans le cadre de l'HAD est possible si les recommandations formulées par la HAS sont respectées et que les patients nécessitent **une coordination des soins** (patient poly pathologique avec surveillance dextro, patient dépendant, antibiothérapie IV, ...).

Les critères ci-dessous doivent tous être validés :

- ✓ **La plaie doit être d'une surface étendue et/ou profonde**
- ✓ **La mise en place du traitement par TPN fait suite à un échec du traitement conventionnel (cf. reco HAS)**
- ✓ **Le patient a été informé de l'objectif du traitement, des effets indésirables et des contraintes de suivi**
- ✓ **Le traitement est débuté dans un établissement hospitalier**
- ✓ **Le traitement fera l'objet d'une évaluation hebdomadaire par le médecin prescripteur (joindre le calendrier prévisionnel des consultations et les bons de transports)**

Le transport aller-retour est à la charge de l'établissement prescripteur du TPN.

La durée du TPN sera au maximum de 30 jours éventuellement renouvelables une fois.

Nous vous rappelons que selon les recommandations de la HAS en l'absence d'amélioration entre deux pansements ou à l'issue d'une semaine d'utilisation, le TPN doit être arrêté.

Merci d'adresser la prescription au dos ainsi que les documents nécessaires à la bonne prise en charge de votre demande.

La plateforme de pré admission de l'HAD Soins et Santé

Tel : 0472272202

Mail : admission@hadlyon.asso.fr

PS : Dans le contexte épidémique actuel, pour toute admission en HAD, le résultat d'un test RT-PCR < 48h est demandé.

**PRESCRIPTION POUR TRAITEMENT DE PLAIE PAR PRESSION NEGATIVE (TPN)
D'UN PATIENT PRIS EN CHARGE EN HAD**

NOM – Prénom du patient :

Date de naissance :

Merci d'adresser cette prescription complétée accompagnée de l'ensemble des documents suivants :

- ☐ *photographie de la plaie,*
- ☐ *calendrier prévisionnel des consultations,*
- ☐ *compte-rendu d'hospitalisation,*
- ☐ *billet de lit ou la deuxième page de ce document.*

L'intégralité de ces documents sont nécessaires pour le bon traitement de votre demande.

A adresser à admission@hadlyon.asso.fr ou au 04.72.27.23.50 (fax)

Antériorité de la plaie :

Protocole essayé en amont :

Localisation de la plaie :

Type de plaie :

Dimension de la plaie (en cm) :

Longueur :

Largeur :

Profondeur :

☐ TPN classique

Mode : ☐ continu ☐ Intermittent (variable)

Réglage : ☐ 125 mm Hg ☐ Autre : _____

Mousses : Mousse Vivano®Med Foam noire ☐
Mousse Vivano®Med White Foam blanche ☐

☐ VAC® à instillation

Protocole/programmation : _____

Réglage : ☐ 125 mm Hg ☐ Autre : _____

Mousses : Pansement V.A.C. VERAFOLO noire ☐
Pansement V.A.C. Cleanse Choice grise ☐

☐ Protection des berges : Réglage : ☐ Oui, avec _____ ☐ Non

☐ Interface en lit de plaie : _____

☐ Fréquence Réfection pansement : _____ Pansement refait : ☐ à domicile ☐ à l'hôpital

☐ TPN à usage unique PICO7

☐ TPN à usage unique SNAP

Taille pansements surface : ☐ 15x15cm ☐ 15x30 cm ☐ 15x20 cm multisite

Antalgies associées//prémédication

☐ Antalgiques : _____ (si oui prescription à fournir)

☐ MEOPA (si oui prescription spécifique à remplir)

Date de réfection du dernier pansement :

Prochaine consultation :

Date :

Cachet et signature du médecin prescripteur