

Département 37 :

Tel. : 02 47 70 42 72

Fax : 02 47 70 42 49

admission37@humensia.org

Prescription d'Hospitalisation à Domicile

A transmettre au service Admission

Département 45 :

Tel. : 02 45 40 04 79

Fax : 02 45 40 03 79

admission45@humensia.org

Département 28 :

Tel. : 02 45 40 04 71

Fax : 02 45 40 03 79

admission28@humensia.org

ORDONNANCE TYSABRI®

à destination de la Pharmacie

☒ Demande de prise en charge en HAD dans le cadre de l'administration de Tysabri®

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom Médecin : N° RPPS :

Etablissement : Service : Tél. :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : Prénom :

IPP : Date de naissance : ---- / ---- / ---- Poids : kg

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél. :

PRESCRIPTION

Indication :

Date de prescription : ---- / ---- / ----

- ☐ Traitement de fond des formes très actives de Sclérose en Plaques (SEP) rémittente récurrente chez l'adulte (monothérapie)

Perfusion de natalizumab (TYSABRI®) :

..... mg toutes les semaines pendant

☐ Voie sous-cutanée

☐ Voie veineuse : ☐ périphérique ☐ centrale

Modalités d'administration :

-> dans une poche de NaCl 0.9% avec un temps de perfusion de 60 minutes minimum (débit 2ml/min) :

- 15 ml de Tysabri® (300 mg) dans 100 ml de NaCl 0.9 %

☐ Le patient est informé par le médecin prescripteur des risques liés à l'administration du TYSABRI®

Cachet et Signature du prescripteur :