



Département 37 :

Tel. : 02 47 70 42 72

Fax : 02 47 70 42 49

admission37@humensia.org

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

PRESCRIPTION TPN VERAFL0

Traitement par Pression Négative (TPN)

☒ **Demande de prise en charge en HAD**

☐ VAC ULTA Transfert unité en HAD : ☐ oui ☐ non N° série :

Date de prescription : ____/____/____

Identification du patient :

Nom : Prénom : Date de naissance : ____/____/____

Adresse :

Code Postal : Ville : Tel :

Réglages :

• **MODE :**

☐ Veraflo Thérapie

• **SOLUTION À INSTILLER :**

☐ NaCl

☐ Autre :

• **VOLUME À INSTILLER :**

..... ml

• **TEMPS DE PHASE D'HUMIDIFICATION :**

☐ 10 minutes

☐ Autre : minutes

• **TEMPS DE PHASE DE TPN (H/MIN) :**

☐ 2h

☐ 3h

☐ Autre :

• **DÉPRESSION :**

☐ -125 mmHg

☐ -100 mmHg

☐ -75 mmHg

☐ Autre : mmHg

• **INTENSITÉ :**

☐ Faible

☐ Moyenne

☐ Forte

Fréquence de réfection des pansements :

☐ 2 / semaine

☐ 3 / semaine

☐ Autres :

Consommables :

• **RÉSERVOIR**

☐ 500 ml M8275063/10

• **KIT VAC VERAFL0**

☐ Petit modèle ULTVFL05SM/5

☐ Moyen modèle ULTVFL05MD/5

☐ Grand modèle ULTVFL05LG/05

• **KIT VAC VERAFL0 (déterson)**

☐ Cleanse Moyen ULTVCL05MD/5

☐ Cleanse Choice Moyen ULTVCC05MD/5

☐ Cleanse Choice Grand ULTVCC05LG/5

• **CASSETTE D'INSTILLATION**

☐ VAC Veralink ULTNK0500

Consommables associés :

• **PANSEMENT WHITEFOAM**

☐ Petit modèle M6275033/10

☐ Grand modèle M6275034/10

Autres :

☐ Interface (Adaptic, Mèpitel...)

☐ Protection des berges

☐ Anneau sécuring Hydrocolloïde (Étanchéité)

☐ Autres :

Cachet et Signature du prescripteur :