



GUIDE DES BONNES PRATIQUES RÉDACTION DES ORDONNANCES

*À destination des
professionnels de santé*



SOMMAIRE

<u>1 – Introduction</u>	03
<u>2 – Modèle d’ordonnance</u> <i>Mentions obligatoires et cadre réglementaire</i>	04
<u>3 – Prescriptions de soins infirmiers</u> <i>Contenu de l’ordonnance, formulations validées, règles de prise en charge</i>	06
<u>4 – Prescriptions de kinésithérapie</u> <i>Contenu de l’ordonnance, formulations validées, règles de prise en charge</i>	09
<u>5 – Prescriptions d’orthophonie</u> <i>Contenu de l’ordonnance, formulations validées, règles de prise en charge</i>	14
<u>6 – Prescriptions de soins de pédicurie-podologie</u> <i>Contenu de l’ordonnance, indications et règles de prise en charge</i>	15
<u>7 – Prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux</u> <i>Mentions spécifiques, sécurisation de l’ordonnance, conditions de délivrance</i>	16
<u>8 – Prescriptions d’aides techniques</u> <i>Critères de prescription, justification médicale et modalités de prise en charge</i>	20

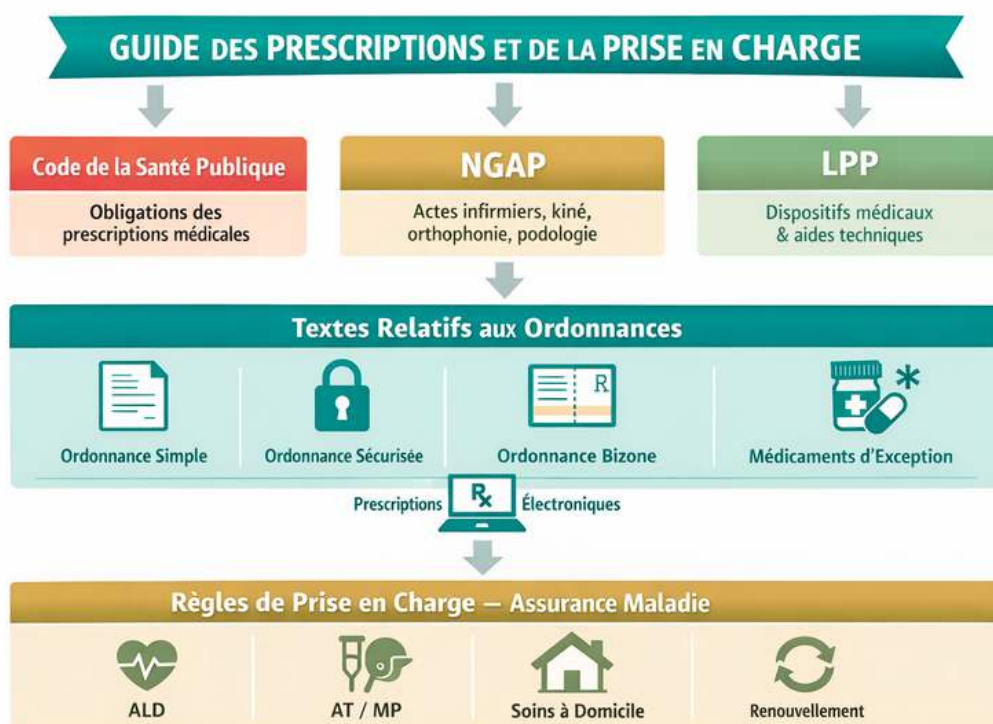
Introduction

Dans le cadre de notre mission « Qualité des soins », les professionnels de santé de la CPTS Ondaine Forez ont souhaité élaborer un guide des bonnes pratiques pour la rédaction des ordonnances.

En effet, nombre d'entre vous nous a fait part des difficultés rencontrées et du temps perdu lié aux prescriptions incomplètes, imprécises ou non conformes aux exigences réglementaires.

Ce document est le fruit d'un travail collaboratif entre les professionnels de santé du territoire, visant à harmoniser les pratiques et à faciliter la communication entre prescripteurs et intervenants paramédicaux.

Les éléments présentés ont été validés par les différents services de la CPAM de la Loire et sont conformes aux nomenclatures et référentiels actuellement en vigueur.



Ces bases réglementaires étant communes à toutes les prescriptions, elles ne seront pas répétées dans chaque section afin de rendre le document plus lisible.

Vous trouverez dans les pages suivantes :

- Un modèle d'ordonnance type conforme aux exigences légales,
- Des recommandations spécifiques pour la rédaction des prescriptions destinées aux différents professionnels de santé,
- Les éléments nécessaires pour éviter les refus de prise en charge.

Nous sommes heureux de mettre à votre disposition cet outil pratique, conçu pour accompagner votre exercice quotidien et améliorer la qualité du parcours de soins sur notre territoire.

Modèle d'ordonnance

Modèle d'ordonnance conforme aux obligations légales applicables à toutes les professions de santé exécutantes (infirmiers, IPA, kinésithérapeutes, orthophonistes, sage-femmes, chirurgiens-dentistes, pédicures-podologues, etc.).

Identification du prescripteur

Dr NOM Prénom

Spécialité médicale (ex. médecin généraliste)

Cabinet médical / Structure

Adresse :

Téléphone :

N° ADELI / FINESS :

N° RPPS :

Identification du patient

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse (obligatoire en cas de soins à domicile) :

N° de Sécurité sociale (facultatif) :

Poids / Taille (obligatoire chez l'enfant ou pour posologies spécifiques) :

Date de prescription :

PRESCRIPTION LISIBLE

- Les ordonnances manuscrites restent légales mais doivent être **parfaitement lisibles** et rédigées **sans abréviations ambiguës**.
- Le libellé doit être **compréhensible** pour le patient, les professionnels et les services de facturation.
- La **prescription numérique** est fortement recommandée pour des raisons de **sécurité**, de **clarté** et de **gain de temps**.

MENTIONS OBLIGATOIRES DE LA PRESCRIPTION

- **Intitulé complet** de l'acte ou du traitement, rédigé intégralement et sans abréviation.
- **Profession habilitée** à réaliser l'acte (ex. : « À réaliser par un(e) infirmier(ère) diplômé(e) d'État »).

MODALITÉS PARTICULIÈRES (à préciser expressément lorsque nécessaire)

- Durée, fréquence ou nombre selon la nature de l'acte.
- Soins à **domicile**.
- Soins les **dimanches** et **jours fériés**.

CADRE RÉGLEMENTAIRE (si applicable)

- **Affection Longue Durée (ALD)** : utilisation d'une **ordonnance bizone**.
- **Accident du travail / maladie professionnelle (AT/MP)** : mention « AT » + numéro du dossier, si connu.
- **Prescription sécurisée pour les stupéfiants**.
- **Médicaments ou produits d'exception** : formulaire 4 volets (hors cas saisis sur AmeliPro, ex. anti-PCSK9).

RENOUVELLEMENT

- Préciser : **Renouvellement autorisé : OUI / NON** (entourer ou barrer).
- Si **oui**, indiquer :
 - o Le **nombre de renouvellements**, ou la **durée totale du traitement** (maximum 12 mois).
 - o Ne pas utiliser la mention : « jusqu'à cicatrisation », non valable pour la CPAM

DÉTAIL DES FOURNITURES (si nécessaire)

Lorsque la prescription nécessite l'utilisation de matériel, l'ordonnance doit comporter les **éléments essentiels** permettant une délivrance correcte :

- **Type de dispositif ou de pansement**
- **Caractéristiques utiles** à l'exécution du soin (ex. : taille, localisation, fréquence d'utilisation)
- **Quantité à délivrer**, lorsque cela est pertinent
- **Durée estimée du traitement**, si nécessaire

Ces éléments sont détaillés dans les sections « Soins infirmiers » et « Médicaments et dispositifs médicaux ».

Signature et nom du médecin / prescripteur

02

Modèle d'ordonnance



Exemple d'une ordonnance

VOIE D'ADMINISTRATION / NATURE DE L'ACTE

Indiquer clairement l'acte ou le soin prescrit, sans abréviation.

DIMANCHE ET JOURS FÉRIÉS

Si les soins doivent être effectués tous les jours, préciser : « dimanche et jours fériés inclus ».

DURÉE DE PRESCRIPTION ET/OU NOMBRE DE PASSAGE ET/OU FRÉQUENCE

Identification du prescripteur
Nom, Prénom
N° ADELI / RPPS / FINESS
Structure / cabinet

Identification du patient
Nom, Prénom
Date de naissance

Date de prescription

Soins en rapport avec une ALD : Oui / Non

Faire pratiquer par IDE, **au cabinet,**
1 **injection intramusculaire** **le soir** du
« nom du dispositif »

Pendant 5 jours, à compter du ...

Cachet et signature du prescripteur

CABINET OU DOMICILE

Indiquer explicitement le lieu d'exécution des soins

FRÉQUENCE DES SOINS

Si besoin médical, préciser la fréquence exacte
(ex. : « 1 fois/jour », « toutes les 12 heures », « nuit » ...).

DATE DE DÉBUT DES SOINS

En précisant surtout en cas d'urgence ou de démarrage immédiat



Enjeux d'une ordonnance bien réalisée

Pourquoi respecter ces mentions est essentiel ?

Une ordonnance incomplète, imprécise ou non conforme peut avoir des conséquences importantes :

- **Impossibilité de facturer** les soins (⚠ à l'absence des numéros RPPS et ADELI),
- **Refus de remboursement** par l'Assurance Maladie,
- **Retard dans la réalisation des soins,**
- **Erreurs de délivrance** ou d'exécution pouvant compromettre la qualité du soin.

Respecter ces mentions garantit :

- La **sécurité du patient,**
- La **continuité du parcours de soins,**
- La **fiabilité administrative,**
- Une **meilleure coordination** entre les professionnels de santé,
- La possibilité de **facturation** et de **paiement** des actes réalisés par les professionnels de santé.

Prescriptions de soins infirmiers

La prescription de soins infirmiers doit permettre à l'infirmier(ère) de **comprendre précisément l'acte à réaliser** et au service de facturation d'appliquer les règles de la NGAP.



Prescription de pansements

✓ Principes généraux

- Type de plaie, taille et localisation
- Classe du pansement
- Caractéristiques du pansement (épaisseur, transparence, occlusif ou non, taille)
- Fréquence de renouvellement
- Durée du traitement
- Si plusieurs plaies : **ne pas oublier le "s" à pansements**.
- La mention « **jusqu'à cicatrisation** » **n'est pas valable** pour la CPAM → indiquer une **durée estimée** (ex. : 10 jours), avec renouvellement possible.
- Si nécessaire, préciser : **détersion, méchage**, ou que le pansement est **complexe**.

✓ Situations relevant de pansements complexe

- Brûlure > **5%** de la surface corporelle,
- Post-radiothérapie > **2%** de la surface corporelle,
- Pansement chirurgical avec **matériel d'ostéosynthèse extériorisé**,
- Ulcère étendu sur une surface > **60 cm²**,
- Greffe cutanée sur une surface > **60 cm²**,
- Amputation nécessitant **détersion, épiluchage, régularisation**,
- **Fistule digestive**,
- Perte de substance traumatique ou néoplasique avec lésions profondes (sous-aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses),
- Pansement nécessitant **méchage ou irrigation**,
- Pansement nécessitant **détersion avec défibrination chez un patient diabétique**.

✓ Astuce pratique pour éviter une nouvelle ordonnance

Si un pansement est prescrit **un jour sur deux**, possibilité d'ajouter : « **7 jours sur 7 si dégradation de la plaie** » pour éviter de redemander une ordonnance en cas de changement d'état.



Prescription de Bilan Soins Infirmier (BSI)

✓ Modalités de prescription

Écrire : « **Bilan de soins infirmiers pour patient dépendant à domicile** »

→ Automatiquement valable **un an**.

✓ Contenu du BSI

Il comprend différents items d'évaluation :

- Alimentation
- Hygiène
- Élimination
- Respiration et cardio-vasculaire
- Mobilisation
- Traitement et douleur

Il vise à :

- Maintenir l'autonomie existante,
- Prévenir les complications,
- Assurer un suivi adapté,
- Permettre une réévaluation constante.

✓ Situations de prescription

- Soins d'hygiène,
- Surveillance clinique hebdomadaire,
- Surveillance diabétique hebdomadaire,
- Séances d'éducation,
- Soins relationnels

✓ Objectifs du BSI

Le BSI constitue :

- Une **démarche diagnostique**,
- Un **plan de soins**,
- Des **soins de base** (alimentation, hygiène...),
- Des **soins relationnels**,
- Des **soins éducatifs**,
- Des **soins techniques**.

Il inclut également les **critères de majoration** :

- Liés au patient : IMC > 30, agitation, tétraplégie, soins palliatifs...
- Liés à l'environnement : absence d'aidant, insalubrité, refus de matériel...

La fréquence des soins est **déterminée par l'infirmier** lors du BSI, selon l'état du patient.

03

Prescriptions de soins infirmiers



Administration des traitements

✓ **Accompagnement à la prise médicamenteuse**

Possibilité de réaliser **une séance d'éducation** à la prise médicamenteuse.

- maximum **3 séances / mois**,
- **non cumulable** avec une surveillance thérapeutique quotidienne.

✓ **Surveillance thérapeutique d'un patient présentant des troubles cognitifs ou psychiatriques**

Formulation recommandée : « **Faire pratiquer par IDE à domicile une administration et une surveillance d'une thérapeutique orale, X fois par jour, tous les jours, dimanche et jours fériés inclus** »

- À partir du 2^e mois, une demande d'accord préalable est nécessaire (faite par l'IDE).

✓ **Mise en œuvre ou modification d'un traitement**

Surveillance et observation à la suite d'une initiation **de traitement**, ou après une **modification thérapeutique**.

- Limité à **15 passages, non renouvelables**.



Majoration de nuit

Pour les soins nécessitant un passage :

- **Avant 7 heures** ou **après 19 heures**
- Justifiés médicalement (ex : ablation de SAD, injection dans le cadre d'une FIV...)
- **Préciser l'horaire** sur l'ordonnance



Instillation de collyres

- Acte inscrit au **décret de compétences infirmières**,
- **NON pris en charge** par la CPAM.

Exception : Le pansement oculaire post-chirurgical avec **nettoyage et instillation de collyres**

- Prescrire : « **pansement oculaire courant** », maximum **15 jours**.



Actes non remboursables – hors nomenclature NGAP

Les actes suivants **ne sont pas pris en charge** :

- Pose et dépose de bas de contention
- Soins de SAD
- Instillation de collyre
- Application de pommade
- Prise de tension artérielle isolée

Prescriptions de kinésithérapie

- La prescription de Masso-kinésithérapie doit permettre au kinésithérapeute de comprendre clairement l'indication médicale, la zone anatomique à traiter et l'objectif de la prise en charge. Elle doit être suffisamment précise pour orienter le plan de traitement.
- La kinésithérapie **ne peut pas être prescrite sans indication médicale**. Le choix des techniques mises en œuvre appartient au kinésithérapeute : elles relèvent de son expertise et sont définies à partir de son **bilan diagnostique kinésithérapique (BDK)**.



Principes généraux de la prescription de kinésithérapie

✓ Intitulé de la prescription

Situation aiguë	Associer une zone anatomique ciblée à une pathologie médicale ou un contexte clinique précis. ex: « Rééducation de la cheville droite post-entorse stade II »
Situation chronique	Associer une pathologie ou un contexte médical durable à des objectifs thérapeutiques. ex: « Rééducation post-AVC : héli-parésie gauche, objectifs : amélioration de la marche, travail de l'équilibre et renforcement fonctionnel »

✓ Une ordonnance = une pathologie

- Faire une ordonnance distincte pour chaque indication clinique (rééducation respiratoire, rééducation du membre inférieur)
- Faire une ordonnance pour chaque zone touchée OU mentionner explicitement chacune d'entre elles (épaule, lombaire) avec « au moins deux territoires lésés »

04

Prescriptions de kinésithérapie

✓ Liberté thérapeutique du kinésithérapeute

Ne pas mentionner	Pourquoi ?	Exemples
De techniques spécifiques Sauf demande clinique motivée.	Le kinésithérapeute choisit les techniques en fonction : • De son bilan diagnostic kinésithérapique (BDK), • De l'évolution du patient, • Des recommandations professionnelles.	• Ondes de choc • Electrostimulation • Massage • Crochetage
Le nombre de séances	La durée de la prise en charge est définie par le kinésithérapeute en fonction du BDK et de l'évolution du patient.	• Rééducation pour 15 séances • 6 séances de rééducation
	Certaines pathologies sont soumises à des seuils de séances définis par la NGAP. Dans ces situations, ni le médecin ni le kinésithérapeute ne fixent la limite, celle-ci est imposée par l'Assurance Maladie.	• « Entorse externe récente de cheville » = 10 séances • « Lésion du ligament croisé » = 40 séances • « Lombalgie commune » = 15 séances

- Remarque : Ces seuils sont consultables dans la NGAP kiné (dernière version disponible sur ameli.fr).
- En cas de pathologie concernée par un seuil NGAP, il est recommandé de bien nommer la lésion pour permettre une cotation adaptée (Entorse externe récente de cheville ≠ entorse avec arrachement osseux / syndesmose / interne et externe...)

04

Prescriptions de kinésithérapie



Actes non remboursables – hors nomenclature NGAP

✓ Mentions obligatoires pour conformité à la NGAP

- Certaines formulations ne sont pas recevables en NGAP lorsqu'elles manquent de précision, ce qui peut entraîner l'impossibilité de coter l'acte et l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie.

Mention non recevable	Motif de non-prise en charge	Formulation recevable (exemples)
Rééducation globale / Prévention / Remise en forme	Mention non recevable isolément : nécessite une formulation ciblée avec l'indication médicale, la zone à traiter ou l'objectif de la prise en charge.	« Rééducation dans un contexte de neuropathie périphérique pour prévention des complications ».
Rééducation post-opératoire (non précisée)	Mention non recevable isolément : nécessite une formulation ciblée avec la zone concernée, la chirurgie ou le geste réalisé.	« Rééducation de l'épaule après réparation de coiffe des rotateurs ».
Rééducation à la marche (isolée)	Mention non recevable isolément : nécessite une formulation ciblée avec un diagnostic médical établi.	« Rééducation de la marche dans un contexte d'hémiplégie post-AVC ».
Renforcement musculaire (isolé)	Mention non recevable isolément : nécessite une formulation ciblée avec un diagnostic médical établi.	« Renforcement musculaire du quadriceps dans un contexte de faiblesse musculaire post-chirurgie du membre inférieur droit ».
Travail de l'équilibre / Proprioception (isolé)	Mention non recevable isolément : nécessite une formulation ciblée avec un diagnostic médical établi.	« Rééducation proprioceptive de la cheville droite post-entorse » « Rééducation de l'équilibre dans un syndrome vestibulaire ».
Travail respiratoire (isolé)	Mention non recevable isolément : nécessite une formulation ciblée avec un diagnostic médical établi ou des séquelles fonctionnelles.	« Rééducation respiratoire pour dyspnée persistante post-infectieuse ».

04

Prescriptions de kinésithérapie

✓ Situations non remboursables sans diagnostic fonctionnel

- Certaines situations ne peuvent être prises en charge en NGAP en l'absence d'un diagnostic fonctionnel ou d'un contexte pathologique clairement établi, ce qui entraîne un refus de cotation et d'indemnisation.

Mention non recevable	Motif de non-prise en charge	Formulation recevable (exemples)
Covid long	Non recevable en l'absence de séquelles fonctionnelles documentées permettant la prise en charge	« Rééducation respiratoire pour dyspnée persistante » « Rééducation des membres inférieurs pour limitation articulaire »
Lymphœdème (mention isolée)	Non recevable hors contexte cancérologique ou sans lymphœdème médicalement documenté	« Rééducation d'un lymphœdème vrai d'un membre / de deux membres » « Rééducation du lymphœdème du membre supérieur (MS) gauche post-curage axillaire (cancer du sein) »
Plagiocéphalie infantile	Mention non recevable isolément : nécessite de préciser l'objectif neuro-moteur et le contexte postural	« Rééducation neuro-motrice de l'axe corporel et des quatre membres dans un cadre d'asymétrie posturale »

04 Prescriptions de kinésithérapie

✓ Actes non remboursables

- Certains actes ne peuvent être pris en charge en NGAP en l'absence de finalité thérapeutique reconnue.

Mention non recevable	Motif de non-prise en charge	Formulation recevable (exemples)
Reconditionnement à l'effort / Remise en forme	Acte de confort non inscrit dans la NGAP	« Réentraînement à l'effort dans un contexte d'insuffisance cardiaque stabilisée »
Techniques bien-être / Esthétiques (Pilates, relaxation, coaching)	Absence de finalité thérapeutique reconnue, acte non inscrit dans la NGAP	« Rééducation fonctionnelle du rachis pour lombalgie »
Massage cicatriciel (isolé)	Acte de confort non inscrit dans la NGAP	« Rééducation de la paroi abdominale et récupération fonctionnelle après césarienne » « Rééducation fonctionnelle du genou droit après prothèse totale (PTG) »
Drainage lymphatique (isolé ou pour "jambes lourdes")	Acte de confort ou d'esthétisme non inscrit dans la NGAP	« Rééducation des membres inférieurs (MI) pour douleurs et limitation articulaire » « Rééducation fonctionnelle avec renforcement musculaire des MI »

Prescriptions d'orthophonie

La prescription de séances d'orthophonie a pour objectif de permettre la réalisation d'un **bilan orthophonique** afin d'évaluer les troubles du patient et de déterminer, si nécessaire, la mise en place de **séances de rééducation adaptées**, conformément à la NGAP.



Principes généraux de la prescription d'orthophonie

✓ Une formulation unique :

« Bilan orthophonique et séances de rééducation si nécessaire »

✓ Les mentions obligatoires :

- Si les actes sont réalisés au domicile du patient, ajouter la mention : « **à domicile** »
- Si les soins sont en lien avec une **Affection Longue Durée (ALD)**, utiliser une **ordonnance bizonc**

✓ Une ordonnance = un seul motif de prise en soins

Attention aux rééducations multiples sur une même ordonnance.

- Non valable :
« Bilan orthophonique et séances de rééducation en langage écrit et oral »
- Valable : 2 ordonnances distinctes
« Bilan orthophonique et séances de rééducation en **langage écrit** »
« Bilan orthophonique et séances de rééducation en **langage oral** »
- **Le nombre de séances ne doit pas être indiqué** sur l'ordonnance, celui-ci étant défini par l'orthophoniste après la réalisation du bilan, selon la réglementation en vigueur.



Motifs de prise en charge

Les motifs de prise en charge sont définis par la NGAP Orthophonistes et sont consultables dans la dernière version disponible sur le site de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO).

[Référentiel](#)

06

Prescriptions de soins de pédicurie-podologie

La prescription de soins de pédicurie-podologie permet la prise en charge des **soins préventifs, curatifs et fonctionnels du pied**, en particulier chez les patients à risque, notamment les patients diabétiques. Elle doit être **claire, conforme à la NGAP et aux conditions de prise en charge de l'Assurance Maladie**.

Principes généraux de la prescription de pédicurie-podologie

- ✓ **La prescription doit obligatoirement préciser :**
 - **L'acte demandé** (bilan, soins, semelles, verrues...),
 - **Le contexte médical** (diabète, cancer, troubles statiques...),
- ✓ **La prescription est obligatoirement destinée :** « Faire pratiquer par un pédicure-podologue ».

Soins de pédicurie chez les patients diabétiques

- ✓ **La formulation recommandée est :** « Faire pratiquer par un pédicure-podologue : bilan, gradation et séances de soins de pédicurie chez un patient diabétique »
- ✓ **La mention de l'ALD est obligatoire** pour permettre la prise en charge (prise en charge uniquement possible pour le patient diabétique)
- ✓ **Le pédicure-podologue est habilité à la réaliser la gradation** (en cas de doute du prescripteur).

Prise en charge pour les patients atteints d'un cancer

L'acte de **prévention du syndrome main pied** est pris en charge uniquement sur **prescription d'un oncologue**. Un compte-rendu doit lui être adressé ainsi qu'au médecin traitant. Seul 2 actes sont facturables au maximum par patient.

Prescription des semelles orthopédiques

- ✓ **La formulation recommandée est :** « Bilan podologique et semelles orthopédiques si besoin ».
- Remarque : Le remboursement dépend de la **mutuelle du patient**.

Prise en charge des verrues

- La prise en charge est limitée à :
- **4 séances maximum par an**,
 - Pour **une ou plusieurs verrues**,
 - Sur **un ou deux pieds**.

Prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux

La rédaction d'une ordonnance de médicaments ou de dispositifs médicaux doit respecter les obligations légales en matière de sécurité, de traçabilité et de bonne compréhension pour les professionnels et pour l'Assurance Maladie. Une prescription conforme permet d'éviter les erreurs de délivrance, les refus de prise en charge et les retards de traitement.



Principes généraux de la prescription de médicaments

✓ **Envoi de l'ordonnance via messagerie sécurisée** (type MonSisra, MSSanté, Doctolib...)

⚠ Pas d'envoi par email classique.

✓ **Rédaction obligatoire en Dénomination Commune Internationale (DCI)**

La prescription doit inclure :

- Le **principe actif** et son **dosage**,
- La **forme pharmaceutique** (ex. Comprimé, gélule, solution...) et/ ou la **voie d'administration**,
- La **posologie**,
- La **durée du traitement** (≤ 12 mois maximum).

✓ **Mention "non remboursable"**

À inscrire lorsque la spécialité n'entre pas dans le cadre d'un remboursement (article L162-4 du code de la sécurité sociale).

✓ **Supports spécifiques de prescription :**

- **Ordonnance bizonne** : soins ou traitements en lien avec une ALD.
- **Ordonnance sécurisée** : stupéfiants et assimilés.
- **Ordonnance médicaments d'exception** : formulaire cerfa 12708*02 (sauf anti-pcsk9 saisis via téléservice).
- **Ordonnance issue de téléservice** : lorsque cela est requis (ex. : anti-pcsk9, itr glp-1...).

Règles spécifiques aux produits stupéfiants ou assimilés

✓ Rédaction en toutes lettres obligatoire

Outre les mentions prévues pour les médicaments de **liste I et II**, l'ordonnance doit comporter en toutes lettres :

- Le **nombre d'unités par prise**,
- Le **nombre de prises**,
- Le **dosage**.

✓ Support sécurisé de prescription

Les prescriptions doivent être réalisées :

- Soit sur **ordonnance papier sécurisée** (papier filigrané),
- Soit via une **ordonnance numérique sécurisée avec QR code**.

✓ Durée maximale de prescription – non renouvelable (liste non exhaustive)

- **Limitée à 28 jours** : *Stupéfiants, Zolpidem*
- **Limitée à 12 semaines** : *Tramadol, dérivés codéinés, Clonazépam*
- **Limitée à 6 mois** : *Prégabaline*

Médicaments soumis à des formulaires ou accords spécifiques

Médicaments d'exceptions	Prescription sur formulaire Cerfa 12708*02 (4 volets).
Analogues du GLP-1	Prescription sur formulaire ITR.
Anti-PCSK9	Demande d'accord préalable (DAP) via téléservice.
Médicaments nécessitant un accord de soins préalable du patient	Voir site ANSM (risque en cas de grossesse) Acitrétine, Alitrétinoïne, Isotrétinoïne, Lénalidomide, Mitoxantrone, Mycophénolate, Pomalidomide, Ribavirine, Thalidomide, Valproate de sodium ± acide valproïque, Valpromide, Vismodégib
Médicaments à prescription spécialisée (liste non exhaustive)	Concerta® : prescription initiale annuelle en neurologie, psychiatrie, pédiatrie,
	Bisoprolol : initialisation du traitement par cardiologue,
	Clozapine : prescription initiale annuelle en psychiatrie, neurologie, gériatrie, avec carnet de suivi.



Prescription des dispositifs médicaux et produits associés

Pansements et dispositifs associés	La prescription doit préciser obligatoirement : • Type, localisation et taille de la plaie, • Classe et caractéristiques du pansement (épaisseur, transparence, occlusif ou non, taille), • Fréquence de renouvellement, • Durée estimée du traitement (la mention « jusqu'à cicatrisation » est interdite) • Première délivrance limitée à 7 jours.
Aérosols <u>Fiche récapitulative</u>	• La prescription d'un aérosol de type manosonique ne peut être remboursée que si elle émane d'un ORL ou d'un pédiatre. • Certaines spécialités destinées à l'inhalation par nébuliseur sont soumises à une prescription restreinte → Se référer à Meddispar. • <u>Aucun remboursement ne sera accordé</u>, ni pour le médicament, ni pour le masque, ni pour la prestation d'aérosolthérapie si : · La spécialité est non remboursable · La spécialité est prescrite hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).
Contentions veineuses	• Première prescription : 2 paires délivrées afin de permettre l'alternance entre deux lavages. • Renouvellement : à l'échéance de la garantie de 6 mois, soit 4 paires remboursables par an. • En fonction des besoins réels du patient : possibilité d'augmentation entre 5 et 8 paires par an, sans jamais dépasser 8 paires/an. • Une nouvelle prescription est nécessaire en cas de : · Changement de classe de contention, · Changement de taille, · Evolution de la pathologie.
Chaussures Thérapeutiques à Usage Temporaire ou Permanent	• Prescription obligatoirement faite sur une <u>ordonnance indépendante</u>, sans autres traitements associés. • Non renouvelables. • Prescrites à l'<u>unité</u> (CHUT) ou <u>par paire</u> (CHUP) à <u>finalité thérapeutique</u>.
Collyres	• Préciser l'œil concerné • Attention : les listes de produits évoluent régulièrement → se référer à <u>Meddispar</u> pour les prescriptions particulières. · Collyres réservés aux <u>ophtalmologistes</u> (non prescriptibles par un MG) : Hylolipid, Hylo confort plus, Hylovis, Optive, Théalose, Nereya, Systane Balance, Vitadrop. · Collyres pouvant être <u>renouvelés par un MG avec prescription initiale ophtalmo</u> : Cationorm, Optive Fusion, Systane Ultra, Vismed, Elixya, Hydrial,



Prescription en situations particulières

Préparations magistrales	• La majorité des préparations magistrales ne sont pas remboursables. • La mention suivante doit obligatoirement figurer sur l'ordonnance : « ... en l'absence de spécialités équivalentes disponibles » → <u>nécessaire mais pas toujours suffisante</u> pour permettre la prise en charge.
Dans le cadre d'un AT	Pour la prise en charge par l'Assurance Maladie AT/MP, toute prescription liée à un accident du travail doit obligatoirement mentionner : • La date de l'accident, • La mention « AT » ou « accident du travail ».
Dans le cadre d'un départ à l'étranger	Pour délivrer l'intégralité du traitement en une seule fois, l'ordonnance doit <u>obligatoirement</u> comporter la mention : « Accord pour délivrance du traitement en une seule fois pour départ à l'étranger pour <u>une durée de ... mois</u> » → Durée maximale : 6 mois

Prescriptions d'aides techniques

La prescription d'aides techniques vise à **compenser une perte d'autonomie, prévenir les complications (chutes, escarres) et améliorer le confort et la sécurité du patient.** Elle doit être **adaptée à la situation clinique, au degré de dépendance et conforme à la LPP.**



Principes généraux de prescription

Préciser s'il s'agit :

- D'une **location** (usage temporaire),
- Ou d'un **achat** (usage prolongé).

La prescription doit être :

- **Précise,**
- **Justifiée médicalement,**
- Adaptée à la **situation fonctionnelle réelle du patient.**

Pour les situations complexes, l'avis d'un **ergothérapeute, MPR ou prestataire spécialisé** est recommandé.



Chaussures thérapeutiques

Chaussures Thérapeutiques à Usage Temporaire (CHUT)	• Indications : ◦ Décharge de l'avant-pied / décharge du talon ◦ Augmentation du volume de l'avant-pied. • Non renouvelables • Prescrites à l'unité • Prescription sur ordonnance indépendante
Chaussures Thérapeutiques à Usage Permanent (CHUP)	• Indiquées lorsque le port de chaussures du commerce est impossible • 1 paire par an chez l'adulte • Délivrées par paire • Prescription sur ordonnance indépendante



Fauteuil roulant

Fauteuil roulant manuel	<u>Location</u> : • Usage occasionnel, • Renouvelable chaque année. • Formulation recommandée : « <i>Location d'un fauteuil roulant manuel pliant pour une durée de 12 mois</i> » <u>Achat</u> : Durée minimale d'engagement : 2 ans Trois types de fauteuils : • Actif : patient mobile quotidiennement avec un bon maintien du tronc, • Standard : plus lourd mais plus stable, usage quotidien ou occasionnel, • Confort : patient peu mobile et très dépendant, position prolongée. Éléments à préciser : • Pliant / non pliant, • Dossier fixe / pliant à mi hauteur/ inclinable, • Options : repose-tête, accoudoirs, repose-jambes, palette, • Mode de conduite : manuel ou électrique.
Fauteuil roulant de transfert	• Non adapté à un usage prolongé. • Destiné uniquement aux transferts courts. • Formulation recommandée : « <i>Achat d'un fauteuil de transfert</i> »
Fauteuil roulant coquille	• Destiné aux patients très dépendants nécessitant un maintien postural prolongé • Formulation recommandée : « <i>Achat d'un fauteuil coquille avec tablette amovible (si besoin)</i> »
Fauteuil roulant électrique	Prescription réservée au médecin de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).

Nouvelles modalités de remboursement du fauteuil roulant : Depuis la réforme récente de la prise en charge des fauteuils roulants, le **remboursement est désormais renforcé et simplifié** pour le patient, sous réserve d'une **prescription conforme à la LPP** et de l'intervention d'un **prestataire agréé**.

La prise en charge dépend :

- du **type de fauteuil** (manuel, électrique, coquille),
- du **mode d'acquisition** (location ou achat),
- de la **situation médicale et fonctionnelle du patient**.

Un **forfait annuel de réparation** peut être pris en charge pour les fauteuils roulants, permettant l'entretien, les réglages et certaines réparations, selon les conditions prévues par l'Assurance Maladie



Dispositifs de prévention des escarres et de maintien au lit

Matelas et coussins anti-escarre	À préciser obligatoirement sur la prescription (selon les autorisations de prescription propres à chaque profession) : • Le type de support : mousse haute résilience, mousse viscoélastique classe II, ou support à air, • La classe selon l'échelle de Norton, • La forme et taille. Pour les matelas : • Classe I à III : achat, • Classe IV : location.
Lit médicalisé	• Dimensions standard : 90 x 200 cm • Accessoires possibles : barrières, potence, support bassin, urinal... • <i>Formulation recommandée : « Location d'un lit médicalisé standard avec accessoires pour une durée de 12 mois »</i> Cas particuliers : • Achat possible dans certaines situations spécifiques selon la pathologie (ex. : handicap définitif). • Lit médicalisé double ou lit de longueur supérieure à 200 cm. • Fonctions spécifiques possibles selon les besoins : position proclive, position déclive. • Grande taille : patient de plus de 135 kg → lit 120 x 200 cm. • Enfant : taille inférieure à 146 cm. • Lit surbaissé type Alzheimer : recommandé pour la prévention des chutes