

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

\_\_\_\_\_

Identification de la structure  
(raison sociale du cabinet, de l'établissement, n°AM, FINESS ou SIRET)

\_\_\_\_\_

Identification du patient  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)

n° d'immatriculation (à compléter par l'assurée (e))

\_\_\_\_\_

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)**  
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Fibrinolyse de voie veineuse centrale par actilyse en hospitalisation au domicile  
(HAD)

Date :

**ACTILYSE® (ALTEPLASE) 1 mg/ml : flacon de 2 mg**

1. Se référer à la procédure du RIFHOP
2. Dilution : flacon de 2 mg à diluer dans 2,2 ml de solvant eau pour préparation injectable (EPPI) à mettre dans 1 seringue de 10 ml
3. Volume à injecter : dans le Cathéter Veineux Central extériorisé (KTC) ou dans le Cathéter à chambre implantable (CCI) :

Type de CCI	<10 kg	10 – 20 kg	>20 kg
Volume à injecter	0.5 ml	1 ml	1.5 ml

NB : Si le volume interne du cathéter est connu, en tenir compte pour le volume à injecter.

SIGNATURE:

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée**  
(MALADIES INTERCURRENTES)

