

# Cerezyme® à domicile

Guide de perfusion à domicile  
à l'attention du **patient**

Diffusé sous l'autorité de l'ANSM



Version 3 - Novembre 2020

Guide à l'attention des patients  
atteints de la maladie de Gaucher  
recevant leurs perfusions  
de Cerezyme® à domicile

# SOMMAIRE

<b>1. VOTRE MALADIE, SON TRAITEMENT ET LA PERFUSION À DOMICILE</b> .....	4
<b>2. ORGANISATION</b> .....	5
<b>3. COMMENT PRÉPARER ET ADMINISTRER CEREZYME® ?</b> .....	7
<b>4. ANNEXES</b> .....	11
4.1 GUIDE DE RECONSTITUTION .....	11
4.2 FICHE D'IDENTIFICATION PATIENT .....	14
4.3 FICHES DE SUIVI DES PERFUSIONS .....	15

## 1. VOTRE TRAITEMENT PAR CEREZYME® ET LA PERFUSION À DOMICILE

En accord avec votre médecin, vous allez recevoir vos perfusions de Cerezyme® à votre domicile. L'objectif de ce guide est de vous apporter une aide pour l'administration de Cerezyme® à domicile. Lisez-le et/ou montrez-le à la personne de votre entourage qui vous assistera ou réalisera les perfusions.

Pour plus d'informations, lisez attentivement la notice ou demandez à votre professionnel de santé de vous remettre la notice. Cette dernière est consultable sur la base de données publique des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

### Perfusion à domicile

Après 2 ans de traitement en milieu hospitalier pour assurer un niveau de tolérance satisfaisant des perfusions, la décision de poursuivre le traitement à domicile doit être prise conjointement entre vous et le médecin qui vous suit pour la maladie de Gaucher.

Une infirmière à domicile, ayant suivi la formation appropriée, vous formera (vous et/ou une personne de votre entourage) et vous assistera au début pour assurer un traitement optimal. Néanmoins, si vous préférez une assistance complète lors de votre perfusion à domicile, l'infirmière à domicile se chargera de l'ensemble de la procédure.

Si vous remarquez des effets indésirables, vous devez en parler immédiatement à votre médecin ou à l'infirmière qui vient à votre domicile.

Les effets indésirables courants (survenant chez plus d'1 patient sur 100) sont : essoufflement, toux, urticaire/œdème localisé de la peau ou des muqueuses de la bouche ou de la gorge, démangeaisons et éruption cutanée.

Certains effets indésirables ont été essentiellement observés pendant l'administration du médicament au patient ou peu après. Il s'agissait des effets suivants : démangeaisons, rougeur du visage, urticaire/œdème localisé de la peau ou des muqueuses de la bouche ou de la gorge, gêne respiratoire, accélération du rythme cardiaque, coloration bleutée de la peau (ongles et lèvres), essoufflement, sensation de picotement, de piqûre, de brûlure ou d'engourdissement de la peau, baisse de la tension artérielle ou mal de dos. Si cela vous arrive, il conviendra d'interrompre la perfusion et de contacter immédiatement votre médecin. Les perfusions ultérieures devront éventuellement être effectuées en milieu hospitalier.

Le débit de perfusion et la dose administrée de Cerezyme® à votre domicile doivent être conforme à la prescription de votre médecin et ne peuvent pas être modifiés sans son accord ni sans surveillance de l'infirmière à domicile

## 2. ORGANISATION

### Patient

- Vous avez donné votre accord pour recevoir le traitement par Cerezyme® à domicile.
- Votre domicile doit être adapté à un traitement par perfusion.
- Vous avez reçu une formation adéquate concernant la reconstitution et la perfusion de Cerezyme®.
- Vous disposez de veines accessibles permettant l'insertion d'une aiguille de perfusion. En présence d'une voie d'abord veineuse centrale, vous devez être capable d'insérer l'aiguille de perfusion dans la membrane du dispositif ayant été placé sous votre peau.
- Vous avez été informé par votre médecin sur le traitement à administrer, les risques associés, les complications possibles et la fourniture d'assistance médicale à domicile.
- Vous avez été informé sur les événements indésirables et comprenez la procédure à suivre le cas échéant.

### Infirmière à domicile

- L'infirmière à domicile doit avoir reçu une formation sur l'administration de Cerezyme® et doit connaître les effets indésirables possibles et les mesures à prendre le cas échéant.
- L'infirmière à domicile doit déterminer le niveau d'assistance nécessaire en accord avec le patient et/ou la personne de son entourage.
- L'infirmière à domicile doit assurer la coordination avec le médecin prescripteur pour l'organisation du traitement à domicile.
- L'infirmière à domicile doit scrupuleusement suivre la dose et le débit de perfusion de Cerezyme® prescrits, tel qu'indiqué dans la fiche d'identification du guide à l'attention des patients.
- L'infirmière à domicile doit consigner chaque administration de Cerezyme® avec les fiches de perfusion du guide à l'attention des patients.
- Si un événement indésirable survient pendant la perfusion (réaction associée à la perfusion), l'infirmière à domicile/le patient/la personne de son entourage doit interrompre la perfusion et appeler le médecin et/ou le numéro d'urgence indiqué dans la fiche d'identification du guide à l'attention des patients.

### Médecin

- Le médecin prescripteur est responsable de toutes les démarches administratives nécessaires autorisant les autres intervenants à agir (pharmacie, infirmière, patient, personne de votre entourage).
- Le médecin prescripteur est responsable de la détermination de la dose de Cerezyme® et du débit de perfusion. Tout changement doit être clairement communiqué au patient et décrit dans le guide à l'attention du patient.

## Personne de votre entourage

- Il est préférable qu'une personne de votre entourage soit présente pendant la perfusion à domicile.

## Guide à l'attention du patient

- Ce guide dans lequel vous trouverez les fiches des perfusions est l'outil de communication pour les personnes impliquées dans l'administration de Cerezyme® à domicile.
- Il doit être conservé à votre domicile et tenu à jour par vous, la personne de votre entourage ou l'infirmière à domicile.
- Vous et/ou l'infirmière à domicile devez consigner chaque administration de Cerezyme® dans la fiche de suivi des perfusions qui se trouve dans ce guide.
- Vous devez apporter votre guide à l'hôpital à chaque visite de contrôle et le rapporter ensuite chez vous.
- Dans la fiche d'identification, le médecin prescripteur indique clairement la dose, le débit de perfusion, ainsi que tout changement éventuel.
- L'infirmière à domicile consigne les résultats et les mesures prises dès le premier entretien ; vous/ la personne de votre entourage ou l'infirmière notez toutes les informations pertinentes liées à toutes les visites suivantes dans la fiche des perfusions.
- Le médecin prescripteur indique clairement dans la fiche d'identification les mesures à prendre et les médicaments à administrer en cas de réaction associée à la perfusion.

## Pharmacie et matériel de perfusion

Le traitement et l'ensemble du matériel nécessaire seront fournis par l'hôpital/la pharmacie. Le transport de Cerezyme® jusqu'à votre domicile doit s'effectuer en respectant la chaîne du froid ; la pharmacie de votre hôpital/clinique vous expliquera comment transporter Cerezyme® et le stocker à votre domicile (au réfrigérateur : à une température comprise entre +2 °C et +8 °C).

## Formation concernant l'administration de Cerezyme®

Les premières instructions seront données à l'hôpital. Le niveau d'assistance apporté par l'infirmière à domicile sera discuté avec votre médecin.

Si vous préférez une assistance complète lors de votre perfusion à domicile, l'infirmière à domicile se chargera de l'ensemble de la procédure.

Si vous préférez réaliser la procédure vous-même ou avec l'assistance d'une personne de votre entourage, vous et/ou cette tierce personne recevrez une formation prodiguée par l'infirmière à domicile pendant la préparation de la perfusion.

Lors de ses visites suivantes, l'infirmière à domicile sera présente pour vous apporter son aide si besoin, mais vous et/ou la personne de votre entourage réaliserez la perfusion sous la supervision de l'infirmière avec une autonomie croissante, jusqu'à ce que vous soyez capable d'accomplir l'ensemble de la procédure en toute confiance.

Lors de la reconstitution et de l'administration de Cerezyme®, la procédure décrite dans le guide de reconstitution doit être scrupuleusement suivie (voir annexe 4.2).

### 3. COMMENT PRÉPARER ET ADMINISTRER CEREZYME® ?

Voir aussi annexe 4.2 « guide de reconstitution »

#### Matériel nécessaire

Il vous sera fourni par l'hôpital/la pharmacie à vous ou à la personne de votre entourage présentant la prescription appropriée.

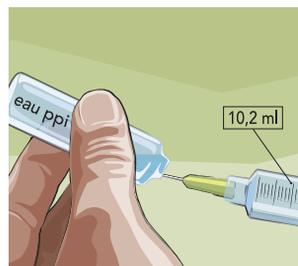
- Flacons de Cerezyme® (400 U par flacon)  
A conserver au réfrigérateur à une température comprise entre +2 °C et +8 °C.
- Eau stérile pour préparations injectables afin de reconstituer Cerezyme®
- Solution de NaCl à 0,9 %, 2 x 100 mL pour administration IV
- Solution de NaCl à 0,9 %, 2 x 50 mL pour le rinçage des tubulures avant et après la perfusion
- Solution antiseptique type chlorhexidine à 0,5 % dans de l'alcool à 70 %
- Le nombre approprié de seringues de 10 mL et 50 mL en fonction de la dose de Cerezyme®
- 3 aiguilles hypodermiques stériles (1,1 x 40 mm)
- 1 aiguille à ailettes
- Filtre en ligne de 0,2 micron à faible affinité pour les protéines
- Plateau pour aiguille hypodermique
- Bande Micropore
- Compresses alcoolisées
- Conteneur pour objets pointus et tranchants
- Solution hydro-alcoolique pour le nettoyage des mains
- Matériel supplémentaire nécessaire en cas d'utilisation d'une voie d'abord veineuse centrale
  - Héparine
  - Aiguilles pour héparine
  - Pansements
  - Gants stériles

## Préparation

1. Préparez une zone de travail propre et disposez le matériel nécessaire.
2. Les flacons de Cerezyme® doivent être sortis du réfrigérateur pour leur permettre de revenir à température ambiante environ 30 minutes avant la préparation.
3. Vérifiez la date d'expiration imprimée sur l'étiquette du flacon (n'utilisez plus Cerezyme® après cette date).
4. Vérifiez si le nombre de flacons reçus est correct.
5. Préparez uniquement le nombre de flacons nécessaires à une perfusion (remarque : Cerezyme® ne peut pas être conservé sous forme reconstituée ou diluée pour une utilisation ultérieure).

## Reconstitution de Cerezyme®

1. Retirez le capuchon du flacon de Cerezyme®.
2. Désinfectez le bouchon en caoutchouc du flacon de Cerezyme® à l'aide de la chlorhexidine et laissez sécher.
3. Ouvrez le flacon d'eau stérile pour préparations injectables.
4. Prélevez le volume requis d'eau stérile dans la seringue. Reconstituez chaque flacon de 400 U avec 10,2 mL d'eau pour préparations injectables ; le volume reconstitué étant de 10,6 mL.
5. Injectez lentement l'eau dans un flacon de Cerezyme®.
6. Faites de même pour d'autres flacons si besoin.
7. Faites tourner délicatement le ou les flacons pour mélanger la solution (ne pas agiter fortement les flacons pendant la reconstitution pour éviter la formation de mousse).
8. De petites bulles peuvent apparaître après le mélange.
9. Laissez la solution reposer pendant quelques minutes pour vous assurer de la disparition des bulles et de la reconstitution correcte de la poudre.
10. Une fois reconstitué, Cerezyme® doit être inspecté visuellement avant utilisation. Étant donné qu'il s'agit d'une solution protéique, une légère floculation (prenant la forme de fines fibres translucides) survient parfois après dilution. La solution reconstituée doit être limpide et incolore, sans particules étrangères.
11. En présence de particules étrangères ou d'une coloration anormale du liquide, n'utilisez pas le produit et contactez l'infirmière à domicile.



## Dilution

1. Désinfectez le capuchon/l'ouverture d'une ou deux poches de solution de NaCl à 0,9 % à l'aide de la chlorhexidine et laissez sécher.
2. Calculez la quantité de solution de Cerezyme® reconstituée présente dans les flacons et prélevez la même quantité de la poche de solution de NaCl à 0,9 %, afin de laisser suffisamment d'espace pour ajouter la solution Cerezyme® reconstituée.

Par exemple, si la quantité prescrite est de 3 flacons de Cerezyme® de 400 unités chacun, prélevez 30 mL (= 3 x 10 mL) de solution de NaCl à 0,9% dans la poche de solution de NaCl à 0,9%. Ne prélevez jamais plus de la moitié du contenu de la poche de NaCl à 0,9% pour s'assurer qu'au moins la moitié de la solution diluée est constituée de NaCl à 0,9%.

3. A l'aide d'une ou plusieurs seringues de 50 mL, prélevez 10 mL de chacun des flacons de 400 U reconstitués de manière à minimiser le nombre d'opérations. Au moment du prélèvement, le produit reconstitué ne doit comporter aucune trace de mousse.
4. Injectez ensuite lentement le volume total de la solution de Cerezyme® reconstituée dans la poche de solution de NaCl à 0,9 %.
5. Bien mélanger cette solution de Cerezyme®.
6. La solution diluée doit être filtrée à l'aide d'un filtre en ligne de 0,2 micron à faible affinité pour les protéines pendant l'administration.

### Remplissage de la tubulure pour perfusion

1. Retirez le système de perfusion de son emballage et fermez-le à l'aide de la pince à roulette.
2. Connectez le perforateur à la poche de NaCl à 0,9 % et remplissez le système de perfusion en maintenant la chambre goutte-à-goutte à l'envers et en ouvrant la pince.
3. Remplissez entièrement le système, retirez les bulles éventuelles et fermez la pince à roulette.
4. Connectez la poche de perfusion contenant Cerezyme® au système en Y.

### Insertion de l'aiguille dans la veine

1. Vérifiez que quelques bandes adhésives sont détachées et prêtes à l'emploi et que la commande de démarrage du système de perfusion est accessible. Placez la chlorhexidine à proximité, ainsi que des compresses de gaze.
2. Déballez l'aiguille à ailettes.
3. Asseyez-vous et posez un bras sur la table (de préférence sur un linge propre).
4. Appliquez le garrot, désinfectez la zone où vous souhaitez insérer l'aiguille et laissez sécher.
5. Tendez bien la peau et insérez l'aiguille légèrement inclinée à travers la peau et dans la veine. Une fois que l'aiguille a pénétré la veine, un «trait» de sang est visible au début de la tubulure.
6. Insérez l'aiguille d'environ 0,5 cm dans la veine pour qu'elle ne ressorte pas immédiatement. Fixez l'aiguille à ailettes en position à l'aide d'un pansement.
7. Desserrez le garrot et retirez le capuchon de la tubulure. Cette dernière va se remplir de sang. Si cela ne se produit pas, l'aiguille n'est pas correctement positionnée dans la veine. Il faut alors recommencer avec une aiguille neuve.
8. Fixez la poche de perfusion préparée à la potence et ouvrez la valve. Asseyez-vous et détendez-vous pendant la perfusion.



## Administration

La solution reconstituée doit être administrée conformément à la prescription immédiatement ou au plus tard dans les 3 heures suivant la préparation.

La dose de Cerezyme®, le débit de perfusion, ainsi que tout changement éventuel, seront déterminés par le médecin prescripteur.

Une fois la perfusion de Cerezyme® terminée, le système doit être rincé avec la solution de NaCl à 0,9 % au même débit et l'aiguille est retirée.

## Avec une voie d'abord veineuse centrale

Si vous disposez d'une voie d'abord veineuse centrale pour l'administration de Cerezyme®, l'infirmière vous montrera à vous et/ou à la tierce personne comment en prendre soin.

Les soins à domicile appropriés pour une voie d'abord veineuse centrale nécessitent une irrigation régulière à l'aide d'un médicament appelé héparine afin d'empêcher la coagulation, ainsi que le respect de conditions stériles pour éviter tout risque d'infection. Les opérations suivantes sont nécessaires :

- Pendant qu'elle est utilisée, recouvrez la voie d'abord d'un pansement occlusif transparent. Aucun pansement n'est nécessaire lorsqu'elle n'est pas utilisée.
- Rincez à l'aide de 5 mL de NaCl 0,9% avant et après chaque utilisation.
- Rincez à l'aide de 5 mL d'héparine (100 U/mL) après chaque utilisation.

## Effets indésirables

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice d'information.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère chargé de la santé [www.signalement-sante.gouv.fr](http://www.signalement-sante.gouv.fr).

Pour plus d'information, consulter la rubrique « Déclarer un effet indésirable » sur le site Internet de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

Si vous présentez des effets indésirables au cours de la perfusion ou si vous vous sentez mal pendant le traitement, arrêtez immédiatement la perfusion et contactez rapidement l'infirmière à domicile ou votre médecin. Faites de même si vous vous sentez mal après la fin de la perfusion. Tous les effets indésirables doivent être consignés dans la fiche de perfusion.

Si un effet indésirable grave survient pendant ou après la perfusion appelez le Centre 15.

### Erreur de préparation/d'administration :

Si vous découvrez qu'une erreur a été commise lors de la préparation et/ou de l'administration du médicament, contactez l'infirmière à domicile ou votre médecin.

## 4. ANNEXES

### 4.1 GUIDE DE RECONSTITUTION<sup>(1)</sup>

#### Préparation

**1** Les flacons doivent être conservés au réfrigérateur à une température comprise entre +2 °C et +8 °C.

**2** Préparez le matériel nécessaire :

- Le nombre de flacons de Cerezyme® requis dépend du poids du patient. Chaque flacon contient 400 unités d'imiglucérase. Environ 30 minutes avant la préparation, les flacons de Cerezyme® doivent être sortis du réfrigérateur pour leur permettre de revenir à température ambiante. Vérifiez la date d'expiration imprimée sur l'étiquette du flacon (n'utilisez plus Cerezyme® après cette date).

- Eau stérile pour préparations injectables afin de reconstituer Cerezyme®

- Solution de NaCl à 0,9 %, 2 x 100 mL pour administration IV

- Solution de NaCl à 0,9 %, 2 x 50 mL afin de rincer la tubulure avant et après la perfusion

- Solution antiseptique type chlorhexidine à 0,5 % dans de l'alcool à 70 %

- Nombre approprié de seringues de 10 mL et 50 mL en fonction de la dose de Cerezyme®

- 3 aiguilles hypodermiques stériles (1,1 x 40 mm) ; 1 aiguille à ailettes

- Filtre en ligne de 0,2 micron à faible affinité pour les protéines

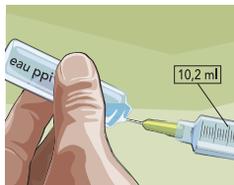
- Plateau pour aiguille hypodermique, bande Micropore, compresses alcoolisées, conteneur pour objets pointus et tranchants, solution hydro-alcoolique pour le nettoyage des mains



**Étape 2** : préparation du matériel nécessaire.



**Étape 4** : respect de l'asepsie.



**Étape 6** : prélèvement de l'eau stérile.



**Étape 7** : injection d'eau stérile.

#### Reconstitution de Cerezyme® à l'aide d'eau stérile

**3** Retirez le capuchon du flacon de Cerezyme®.

**4** Désinfectez le bouchon en caoutchouc du flacon de Cerezyme® à l'aide de chlorhexidine et laissez sécher.

**5** Ouvrez le flacon d'eau stérile pour préparations injectables.

**6** Prélèvez le volume requis d'eau stérile pour préparations injectables dans la seringue : 10,2 mL pour les flacons de 400 U.

**7** Injectez lentement l'eau stérile le long de la paroi de chaque flacon.

**8** Faites tourner délicatement le ou les flacons pour mélanger la solution (évitiez d'agiter fortement les flacons pendant la reconstitution pour éviter la formation de mousse).

**9** De petites bulles peuvent apparaître après le mélange.

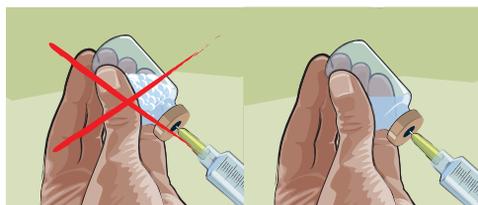
**10** Laissez la solution reposer pendant quelques minutes pour permettre la disparition des bulles et la reconstitution correcte de la poudre (vérifiez l'absence de particules étrangères ou de coloration anormale).



**Étape 8** : mélange délicatement le flacon en le faisant rouler entre vos mains.



**Étape 12** : pour chaque flacon reconstitué, prélevez et jetez 10 mL de la poche (de NaCl à 0,9 %).



**Étape 13** : au moment du prélèvement, le produit reconstitué ne doit comporter aucune trace de mousse.

## Dilution du NaCl à 0,9 %

- 11 Désinfectez le capuchon/l'ouverture d'une ou deux poches de solution de NaCl à 0,9 % à l'aide de chlorhexidine et laissez sécher.
- 12 Calculez la quantité de solution Cerezyme® reconstituée présente dans les flacons et prélevez la même quantité de la poche de solution de NaCl à 0,9 %, afin de laisser suffisamment d'espace pour ajouter la solution Cerezyme® reconstituée. La quantité de solution de NaCl à prélever est de 10 mL par flacon de Cerezyme® reconstitué.  
*Par exemple, si la quantité prescrite est de 3 flacons de Cerezyme® de 400 unités chacun, retirez 30 mL (=3 x 10 mL) de solution de NaCl de la poche de solution de NaCl. Ne prélevez jamais plus de la moitié du contenu de la poche de NaCl pour garantir qu'au moins la moitié de la solution diluée est constituée de NaCl.*
- 13 À l'aide d'une ou plusieurs seringues de 50 mL, prélevez 10 mL de chacun des flacons de 400 U reconstitués. Au moment du prélèvement, le produit reconstitué ne doit comporter aucune trace de mousse. Injectez lentement le volume total de la solution Cerezyme® reconstituée dans la poche de solution de NaCl à 0,9 %.
- 14 Bien mélanger cette solution de Cerezyme®.
- 15 La solution diluée doit être administrée à l'aide d'un filtre en ligne de 0,2 micron à faible affinité pour les protéines.

## Administration

- 16 La dose de Cerezyme® et le débit de perfusion sont déterminés par le médecin traitant.
- 17 Cerezyme® doit être administré par perfusion intraveineuse.
- 18 La solution doit être administrée dans les 3 heures suivant la reconstitution.
- 19 À la fin de la perfusion, pour assurer l'administration de la dose totale du traitement, rincez la tubulure à l'aide d'une poche de 50 mL de NaCl à 0,9 %, sans augmenter le débit de perfusion.
- 20 Afin d'éviter toute contamination microbologique, la préparation doit être utilisée immédiatement. Si ce n'est pas possible, elle peut être conservée au réfrigérateur à une température comprise entre +2 °C et +8 °C, à l'abri de la lumière, pendant 24 heures maximum.

### Traitement à domicile

- Le domicile du patient doit être approprié à un traitement par perfusion : il doit être propre, avoir l'électricité, l'eau courante, une liaison téléphonique, un réfrigérateur et être suffisamment spacieux pour stocker Cerezyme® et le matériel de perfusion.
- Il est préférable qu'une tierce personne soit présente avec le patient.
- Le patient et/ou la tierce personne doivent avoir reçu une formation adéquate concernant la reconstitution et la perfusion de Cerezyme®.
- Un système de perfusion portable tel qu'une pompe à perfusion peut être utilisé (système de perfusion à pression positive).



**Des effets indésirables liés à la voie d'administration ont été rapportés chez un petit nombre de patients : gêne au site de perfusion, brûlure au site de perfusion, gonflement au site de perfusion, abcès stérile au site de perfusion, gêne thoracique, fièvre, frissons, fatigue.**

**Des signes évocateurs d'une hypersensibilité ont été observés chez environ 3% de l'ensemble des patients. Ces symptômes sont apparus pendant ou peu après les perfusions ; il s'agissait de paresthésie, tachycardie, cyanose, bouffées congestives, hypotension, dyspnée, toux, urticaire/angio-œdème, rash, prurit, dorsalgie, gêne thoracique. Ces symptômes répondent généralement bien au traitement par antihistaminiques et/ou par corticoïdes. Les patients doivent être informés qu'en cas de survenue de ces symptômes, il convient d'interrompre la perfusion et de contacter le médecin traitant.**

(1) L'utilisation de Cerezyme® (Imiglucérase) est indiquée comme traitement enzymatique substitutif au long cours chez des patients ayant un diagnostic confirmé de maladie de Gaucher non neuronopathique (type 1) ou neuronopathique chronique (type 3) et présentant des manifestations non neurologiques cliniquement significatives de la maladie. Les manifestations non neurologiques de la maladie de Gaucher comprennent un ou plusieurs des troubles suivants : anémie, après exclusion de toute autre cause telle qu'une carence en fer ; thrombocytopénie ; anomalies osseuses, après exclusion de toute autre cause telle qu'une carence en vitamine D ; hépatomégalie ou splénomégalie.

Téléphone métropole :

0 800 394 000

Service &amp; appel gratuits

Téléphone DROM TOM :

0 800 626 626

Service &amp; appel gratuits

Appel depuis l'étranger :

+33 1 57 63 23 23



## 4.2 FICHE D'IDENTIFICATION PATIENT

### Identification du Patient

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... N° de Sécurité Sociale : .....  
 Adresse : .....  
 Ville : ..... Code postal : .....  
 Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....  
 Profession/Scolarité : .....  
 Personne à prévenir en cas de problème : .....  
 Tél. : ..... Mail : .....  
 Date d'initiation du traitement : .....  
 Poids : ..... kg Dose : ..... U/kg tous les ..... jours  
 Dose totale par perfusion (en unités) : ..... Nombre de flacons : .....  
 Débit de la perfusion.....

### Médecins

Médecin hospitalier : ..... Tél. : .....  
 Service : ..... Hôpital : .....  
 Médecin généraliste : ..... Tél. : .....  
 Adresse : .....  
 Ville : .....

### Infirmières

#### Infirmières hospitalières

Nom : ..... Service : ..... Tél. : .....  
 Nom : ..... Service : ..... Tél. : .....  
 Nom : ..... Service : ..... Tél. : .....

#### Infirmières pour le soin à domicile (cabinet libéral ou HAD)

Nom : ..... Tél. : ..... Mobile : .....  
 Nom : ..... Tél. : ..... Mobile : .....  
 Nom : ..... Tél. : ..... Mobile : .....  
 Adresse du cabinet de ville (le cas échéant) : .....

### Pharmacie

Nom : .....  
 Ville : ..... Tél. : .....

### Numéro d'urgence

SAMU : 15  
 Conduite à tenir en cas de réaction à la perfusion : .....  
 .....  
 .....  
 .....

## 4.3 FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

**Effets indésirables**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :	Téléphone DROM TOM :	Appel depuis l'étranger :
 <b>0 800 394 000</b> <small>Service &amp; appel gratuits</small>	 <b>0 800 626 626</b> <small>Service &amp; appel gratuits</small>	<b>+33 1 57 63 23 23</b>

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

### Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :	Téléphone DROM TOM :	Appel depuis l'étranger :
<b>0 800 394 000</b> 	<b>0 800 626 626</b> 	<b>+33 1 57 63 23 23</b>

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

## Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :

**0 800 394 000** Service & appel gratuits

Téléphone DROM TOM :

**0 800 626 626** Service & appel gratuits

Appel depuis l'étranger :

**+33 1 57 63 23 23**

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion

Hôpital

Domicile

Autre (préciser) :

Constantes

avant la perfusion

Pouls : ..... Tension artérielle : .....

En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion

Perfusion par gravité

Diffuseur portable

Pompe

Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse  Périphérique

Centrale

Aiguille

Épicrânienne

Cathéter

Huber ou Gripper



## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

## Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :

**0 800 394 000**Service & appel  
gratuits

Téléphone DROM TOM :

**0 800 626 626**Service & appel  
gratuits

Appel depuis l'étranger :

**+33 1 57 63 23 23**

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

## Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :	Téléphone DROM TOM :	Appel depuis l'étranger :
<b>0 800 394 000</b> 	<b>0 800 626 626</b> 	<b>+33 1 57 63 23 23</b>

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper



## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion

Hôpital

Domicile

Autre (préciser) :

Constantes

avant la perfusion

Pouls : ..... Tension artérielle : .....

En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion

Perfusion par gravité

Diffuseur portable

Pompe

Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse  Périphérique

Centrale

Aiguille

Épicrânienne

Cathéter

Huber ou Gripper

## Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :

**0 800 394 000**Service & appel  
gratuits

Téléphone DROM TOM :

**0 800 626 626**Service & appel  
gratuits

Appel depuis l'étranger :

**+33 1 57 63 23 23**

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper



## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

## Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :

**0 800 394 000**Service & appel  
gratuits

Téléphone DROM TOM :

**0 800 626 626**Service & appel  
gratuits

Appel depuis l'étranger :

**+33 1 57 63 23 23**

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper



## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

### Effets indésirables

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :	Téléphone DROM TOM :	Appel depuis l'étranger :
<b>0 800 394 000</b> 	<b>0 800 626 626</b> 	<b>+33 1 57 63 23 23</b>

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

### Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :	Téléphone DROM TOM :	Appel depuis l'étranger :
<b>0 800 394 000</b> 	<b>0 800 626 626</b> 	<b>+33 1 57 63 23 23</b>

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

### Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :	Téléphone DROM TOM :	Appel depuis l'étranger :
<b>0 800 394 000</b>	<b>0 800 626 626</b>	<b>+33 1 57 63 23 23</b>
<small>Service &amp; appel gratuits</small>	<small>Service &amp; appel gratuits</small>	

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

**Effets indésirables**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :

**0 800 394 000**Service & appel  
gratuits

Téléphone DROM TOM :

**0 800 626 626**Service & appel  
gratuits

Appel depuis l'étranger :

**+33 1 57 63 23 23**

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion

Hôpital

Domicile

Autre (préciser) :

Constantes

avant la perfusion

Pouls : ..... Tension artérielle : .....

En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion

Perfusion par gravité

Diffuseur portable

Pompe

Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse  Périphérique

Centrale

Aiguille

Épicrânienne

Cathéter

Huber ou Gripper

## Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :

**0 800 394 000**Service & appel  
gratuits

Téléphone DROM TOM :

**0 800 626 626**Service & appel  
gratuits

Appel depuis l'étranger :

**+33 1 57 63 23 23**

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

### Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :	Téléphone DROM TOM :	Appel depuis l'étranger :
<b>0 800 394 000</b> 	<b>0 800 626 626</b> 	<b>+33 1 57 63 23 23</b>

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

## Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :	Téléphone DROM TOM :	Appel depuis l'étranger :
<b>0 800 394 000</b> 	<b>0 800 626 626</b> 	<b>+33 1 57 63 23 23</b>

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

## Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :

**0 800 394 000**Service & appel  
gratuits

Téléphone DROM TOM :

**0 800 626 626**Service & appel  
gratuits

Appel depuis l'étranger :

**+33 1 57 63 23 23**

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper



## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

### Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :	Téléphone DROM TOM :	Appel depuis l'étranger :
<b>0 800 394 000</b> 	<b>0 800 626 626</b> 	<b>+33 1 57 63 23 23</b>

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

## Effets indésirables

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :

**0 800 394 000**

Service & appel gratuits

Téléphone DROM TOM :

**0 800 626 626**

Service & appel gratuits

Appel depuis l'étranger :

**+33 1 57 63 23 23**

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion

Hôpital

Domicile

Autre (préciser) :

Constantes

avant la perfusion

Pouls : ..... Tension artérielle : .....

En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion

Perfusion par gravité

Diffuseur portable

Pompe

Autre (préciser) : .....

Voie d'abord veineuse  Périphérique

Centrale

Aiguille

Épicrânienne

Cathéter

Huber ou Gripper

## Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :	Téléphone DROM TOM :	Appel depuis l'étranger :
<b>0 800 394 000</b> 	<b>0 800 626 626</b> 	<b>+33 1 57 63 23 23</b>

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper



## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

### Effets indésirables

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole :	Téléphone DROM TOM :	Appel depuis l'étranger :
<b>0 800 394 000</b>	<b>0 800 626 626</b>	<b>+33 1 57 63 23 23</b>
<small>Service &amp; appel gratuits</small>	<small>Service &amp; appel gratuits</small>	

## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper



## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) : .....

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper



## FICHE DE PERFUSION DE CEREZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper



## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper



## FICHE DE PERFUSION DE CERZYME®

Date : ..... / ..... / .....

Perfusion n° : .....

Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon	Pour chaque lot utilisé, coller une étiquette autocollante détachable d'un flacon
---	---	---	---	---

Nom de l'infirmière : .....

Nom du patient : .....

Poids : ..... Nombre de flacons : ..... Nombre d'unités :

Posologie : ..... U/kg

Lieu de perfusion  Hôpital  Domicile  
 Autre (préciser) :

Constantes avant la perfusion  
Pouls : ..... Tension artérielle : .....  
En cas de changement de débit, vérifier la TA en début et en fin de perfusion

Température : ..... °C

Durée de la perfusion : ..... h ..... min

Volume final reconstitué : ..... mL

Débit de la perfusion : ..... mL/h

Mode de perfusion  Perfusion par gravité  Diffuseur portable  
 Pompe  Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

Voie d'abord veineuse  Périphérique  Centrale

Aiguille  Épicrânienne  Cathéter  Huber ou Gripper

**Effets indésirables**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Observations (événements, incidents, désir de grossesse, de déplacement, vacances, etc.) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article R. 5121-161 du Code de la Santé Publique, le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou le pharmacien déclare immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance. Les autres professionnels de santé, les patients et les associations agréées de patients peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150, dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Téléphone métropole : **0 800 394 000** Service & appel gratuits

Téléphone DROM TOM : **0 800 626 626** Service & appel gratuits

Appel depuis l'étranger : **+33 1 57 63 23 23**



Sanofi-aventis France  
82 avenue Raspail  
94250 GENTILLY

Téléphone métropole :

**0 800 394 000** Service & appel  
gratuits

Téléphone DROM TOM :

**0 800 626 626** Service & appel  
gratuits

Appel depuis l'étranger : **+33 1 57 63 23 23**