

6 Formulaire de prescription

Soins ambulatoires ou à domicile

Première prescription
Renouvellement de la presc.



A) Indications générales (remplir complètement s.v.pl.)

Nom/Prénom	_____	Date de naissance	_____
Adresse	_____	Remboursement des coûts	AI CM
NPA/Lieu	_____	Caisse maladie	_____
Téléphone/Mobile	_____	No d'assuré:	_____
E-Mail	_____	Numéro AVS	_____
Sexe	_____		

B) Diagnostic principal

C) Ordonnance soin infirmier

(à remplir par le personnel infirmier)

Prestations selon OPAS 7 Art. 2/Chiffre de tarif	Minutes/année
lit a ch. 1: Evaluation des besoins du patient	_____
lit a ch. 2: Conseils du patient	_____
lit a ch. 3: Coordination des mesures et dispositions (selon conditions spéciales OPAS7, faire attention au paragraphe 2bis)	_____
lit b ch. 1: Contrôle des signes vitaux	_____
lit b ch. 3: Prélèvement pour examen de laboratoire	_____
lit b ch. 4: Mesures thérapeutiques pour la respiration	_____
lit b ch. 7: Préparation et administration de médicaments	_____
lit b ch. 9: Surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils	_____
lit b ch. 10: Rinçage, nettoyage et pansement de plaies	_____

D) Justification pour besoin de soins accrus

E) Signature du personnel infirmier

Personne responsable _____	Signature & Timbre (incl. No RCC)	(Sélectionner le fichier image)
Nom/N° du concordat _____		
autres personnes impliqués _____		

F) Médecin prescripteur

_____	Signature & Timbre (incl. No RCC)	(Sélectionner le fichier image)
Date de prescription _____		
Médecin prescripteur _____		
E-Mail _____		