

# FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

## Soins ambulatoires ou à domicile

Selon les lignes directrices de tarifsuisse ag du 1.1.2015

- Première prescription  
 Renouvellement de la presc.



Période de temps de: \_\_\_\_\_ à: \_\_\_\_\_

l'ordonnance médicale est délivrée pour 6 mois et sera automatiquement prolongée de 6 mois

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

<b>Nom / Prénom:</b>	<b>Sexe:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Date de naissance:</b>
<b>NPA / Lieu:</b>	<b>Ct: «Patient_Kanton»</b>
<b>Téléphone/Natel:</b>	<b>N° d'assurance sociale:</b>
<b>Profession:</b>	<b>Maladie/Acc./AI:</b>
<b>Assureur:</b>	<b>N° d'assuré:</b>

### B) Diagnostic principal

### C) Ordonnance soin infirmier (à remplir par le personnel infirmier)

<b>Prestations selon OPAS 7 Art. 2 / Chiffre de tarif</b>	<b>Minutes / année</b>
lit a ch. 1: Evaluation des besoins du patient	100
lit a ch. 2: Conseils du patient	150
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	20
lit b ch. 4: Mesures thérapeutiques pour la respiration	15
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

Programme d'arrêt du tabagisme : prestation individuelle au patient (entretien d'admission et de sortie, séance individuelle, suivis téléphoniques)

### E) Signature du personnel infirmier

**Personne responsable:** \_\_\_\_\_ Date, Signature + Timbre  
incl. N° du concordat

Nom/N° du concordat autres personnes impliqués:  
\_\_\_\_\_

### F) Prescription/Signature du médecin (à remplir par le médecin prescripteur)

#### Médecin prescripteur:

Date de la prescription: \_\_\_\_\_ Signature + Timbre  
incl. N° du concordat

Date de la sortie de l'hôpital: \_\_\_\_\_

Médecin traitant: \_\_\_\_\_

Disposition spéciale: \_\_\_\_\_

Prescription à

Ligue pulmonaire neuchâteloise  
Fax : 032 702 20 51 / Email : info@lpne.ch