

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.)

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

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	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 : 032 720 20 51 / Email : info@lpne.ch