

Formulaire de notification des besoins pour prestations de soins ambulatoires

1ère évaluation
Réévaluation

6



Période du _____ au _____

La prescription médicale est délivrée pour 9 mois et se prolonge automatiquement de 3 mois maximum.

A) Informations générales (à remplir exhaustivement)

Nom/Prénom	_____	Sexe	_____
Adresse	_____	Date de naissance	_____
NPA/Localité	_____	E-Mail	_____
Tél. fixe / Natel	_____	No sécurité sociale	_____
Profession	_____	Maladie/Accident/AI	_____
Assureur	_____	No d'assuré	_____

Motif du traitement : Maladie Maternité Accident/prévention

Diagnostic : indiqué sur la prescription LiMA

B) Prescription des soins

(à remplir par le soignant/la soignante)

Prestations selon OPAS 7/position tarifaire	minutes/an
let. a ch. 1 : évaluation des besoins de soin	_____
let. a ch. 2 : conseils au patient	_____
let. a ch. 3 : coordination des prestations (attention notamment aux conditions spécifiées à l'OPAS 7, alinéa 2bis)	_____
let. b ch. 1 : contrôle des signes vitaux	_____
let. b ch. 4 : mesures thérapeutiques pour la respiration	_____
let. b ch. 9 : surveillance d'appareils	_____
let. b ch. 10 : rinçage, nettoyage et pansement de plaies	_____

C) Justification des besoins accrus du patient

D) Signature du soignant/de la soignante

Personne compétente

Date, timbre et signature avec no RCC

E) Prescription/signature du/de la médecin (à remplir par le/la médecin)

Médecin _____

Timbre et signature avec no RCC

Date de la prescription _____

Date de la sortie de l'hôpital _____

évtl. médecin de famille _____

Prescription spéciale _____

Envoyer prescription à
