

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Soins ambulatoires ou à domicile

Selon les lignes directrices de tarifsuisse ag du 01.01.2015

Première prescription
Renouvellement de la presc.

6

LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE



Période de temps de _____ à _____
l'ordonnance médicale est délivrée pour 6 mois et sera automatiquement prolongée au maximum de 6 mois.

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

| | | | |
|-----------------|-------|------------------------|-------|
| Nom/Prénom | _____ | Sexe | _____ |
| Adresse | _____ | Date de naissance | _____ |
| NPA/Lieu | _____ | Ct | _____ |
| 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 | _____ |
| 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 | Date, Signature + Timbre incl. N° du concordat |
| Nom/N° du concordat autres personnes impliqués: | <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 30px;"></div> |

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

| | |
|--------------------------------|--|
| Médecin prescripteur | Signature + Timbre incl. N° du concordat |
| Date de la prescription | <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 60px;"></div> |
| Date de la sortie de l'hôpital | |
| Médecin traitant | |
| Disposition spéciale | |
| _____ | |
| Prescription à | |
| _____ | |