

Formulaire de notification des besoins pour prestations de soins ambulatoires

1ère évaluation
Réévaluation

6

LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

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 _____

N° Cada _____

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 accus 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 _____