

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.



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.p.)

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

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:	_____

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

Médecin prescripteur	Signature + Timbre incl. N° du concordat
Date de la prescription	_____
Date de la sortie de l'hôpital	_____
Médecin traitant	_____
Disposition spéciale	_____

Prescription à