

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION

Soins ambulatoires ou à domicile

Selon les lignes directrices de tarification 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° 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

Nom/N° du concordat autres personnes impliqués:

Date, Signature + Timbre incl. N° du concordat

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

Médecin prescripteur _____

Date de la prescription _____

Date de la sortie de l'hôpital _____

Médecin traitant _____

Disposition spéciale _____

Signature + Timbre incl. N° du concordat

Prescription à
