

PRESCRIPTION MEDICALE DE SOINS A DOMICILE

Soins à domicile dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (Art. 25 LAMAL et art. 7 OPAS) Adaptation provisoire dès le 1^{er} mai 2015

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél. :

Date de naissance :

Assurance :

Assuré n° :

Maladie

Accident

Maternité

Infirmitté congénitale

X	EXAMENS / TRAITEMENTS / SOINS	MEDICAMENTS / FREQUENCE
	Evaluation mise en place	art. 7 al. 2a ch. 1
	Conseils / contrôles	ch. 2
	Coordination par des infirmier-ère-s spécialisé-e-s	ch. 3
	Contrôle signes vitaux	art. 7 al. 2b ch. 1
	Test simple glucose sang / urine	ch. 2
	Prélèvement pour examen de laboratoire	ch. 3
	Mesures thérapeutiques pour la respiration	ch. 4
	Pose sondes et cathéters / soins	ch. 5
	Soins hémodialyse / péritonéale	ch. 6
	Adm. Médicaments, en particulier injection IM/IV/S-CUT/perfusion	ch. 7
	Adm. Entérale ou parentérale de solutions nutritives	ch. 8
	Surveillance perfusions / transfusions / appareils	ch. 9
	Soins plaies / pansements / pédicure malades diabétiques	ch. 10
	Soins troubles urinaires / intestinaux	ch. 11
	Bains médicaux / enveloppements / cataplasmes	ch. 12
	Soins malades psychiques	ch. 13
	Soutien malades psychiques en situation de crise	ch.12
	Soins de base généraux / mobilisation	art. 7 al. 2c ch. 1
	Soins de base surveillance / soutien malades psychiques	art. 7 al. 2c ch. 2

Mandat valable dès le :

Pour au maximum :

3 mois

6 mois

Autre durée : _____

Fournisseurs de prestations :

Sceau / signature :

Date :

N° RCC :

Médecin :

Sceau / signature :

Date :

N° RCC :