

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

☐ Infirmité 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 :