

# 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.

# 6



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° d'assuré	_____

### 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

Prescription à

\_\_\_\_\_

Signature + Timbre incl. N° du concordat