

Modèle de prescription No 6

Soins ambulatoires ou à domicile

Remarque générale

Ce formulaire sert à la prescription supplémentaire de prestations d'évaluation, de conseil et de soins selon l'art. 7 OPAS. Les temps de base sont prescrits avec les formulaires 1 - 5 (exception pour les assurés CSS : dans ce cas, une ordonnance 6 est toujours nécessaire en plus des ordonnances 1 - 5).

Le formulaire est également utilisé pour le conseil et le suivi des patients des assureurs SVK dans le domaine de la ventilation invasive/non invasive à domicile.

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

a 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 _____

c **B) Diagnostic principal**

d **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 **D) Justification pour besoin de soins accrus**

e **E) Signature du personnel infirmier**

Personne responsable	Date, Signature + Timbre incl. N° du concordat
Nom/N° du concordat autres personnes impliqués: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <small>Sélection d'un fichier (image)</small>

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

e **Médecin prescripteur**

Date de la prescription _____	Signature + Timbre incl. N° du concordat
Date de la sortie de l'hôpital _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <small>Sélection d'un fichier (image)</small>
Médecin traitant _____	
Disposition spéciale _____	

Prescription à _____

- a** Veuillez cocher la première ou la nouvelle ordonnance. Indication LiMA/OPAS7 prise en charge par la Ligue pulmonaire..
- b** Veuillez indiquer la durée.
- c** Veuillez compléter les points a) et b).
- d** Les points c), d) et e) sont remplis par la Ligue pulmonaire.
- e** Prière de remplir et d'apposer le numéro RCC ainsi que le cachet/la signature. Les formulaires signés de manière incomplète seront refusés par les caisses de maladie.

Le formulaire pour les assureurs-maladie SVK est disponible en ligne sous www.svk.org/fr/kostengutspracheformulare/. Ou scannez simplement le code QR et remplissez le formulaire.



Les formulaires de prescription sont également disponibles en ligne sur www.lungenliga.ch. Ou simplement Scanner le code QR, le télécharger et le remplir.



LUNGENLIGA SCHWEIZ
LIGUE PULMONAIRE SUISSE
LEGA POLMONARE SVIZZERA
LIA PULMUNARA SVIZRA