

## Prescription médicale pour soins à domicile (LAMal)

(document à envoyer par mail à la CSI à csi@hin.ch)

**Nom et prénom du patient :** .....

**Date de naissance :** .....

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Evaluation des besoins</b> du patient en collaboration avec le médecin traitant   |
| <input type="checkbox"/> <b>Conseils au patient</b> ainsi qu'aux intervenants non professionnels pour les soins, l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux, contrôles nécessaires |
| <input type="checkbox"/> <b>Coordination des mesures</b> et dispositions par des infirmières et des infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans les situations de soins complexes et instables       |
| <input type="checkbox"/> <b>Contrôle des signes vitaux</b> (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Bilan de l'évolution de l'état de santé</b> (physique, psychique et social)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Soins aux diabétiques</b> (hémoglucotest, glycosurie, contrôle de l'état des pieds, éducation thérapeutique)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Préparation et/ou administration de médicaments</b> (préparation du semainier, administration quotidienne des médicaments)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Administration de traitements</b> par voie sous cutanée, intramusculaire, intraveineuse   |
| <input type="checkbox"/> <b>Administration et surveillance de transfusions</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Soins de plaies</b> rinçage, nettoyage et réfection de pansement  |
| <input type="checkbox"/> <b>Soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale</b> (lavement, extraction manuelle des selles, rééducation en cas d'incontinence)                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Mesures thérapeutiques pour la respiration</b> (administration d'oxygène, inhalations, exercices respiratoires simples, aspiration, soins de trachéotomie)                              |
| <input type="checkbox"/> <b>Soins en cas de dialyse péritonéale</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Administration et surveillance d'alimentation entérale ou parentérale</b> (et soins y relatifs)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Soins de base</b> (aide à la toilette, à l'habillage, au déshabillage, à l'alimentation, à la mobilisation, pose de bas de contention)  |

**Pour toute prescription du traitement médicamenteux, mentionner les noms du médicament, la posologie, la fréquence et la voie d'administration ainsi que la durée si elle est limitée**

**Date :**

**Signature et timbre du médecin :**