

Formulaire d'évaluation des prestations requises au titre de l'art. 7 OPAS

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Informations administratives concernant le client

Médecin

Monsieur
Patient MONDEMO
Rue de la clinique 6
1763 Granges-Paccot

Docteur
Test MEDECIN
rte. d'Englisberg 13
1763 Granges-Paccot

Téléphone 026 550 05 80

Si prestations fournies au titre LAA:

Date de naissance 22.01.1956

Assureur-accident

Caisse maladie UneAssurance

Employeur

Alloc. pour impotent ☐ Moyenne ☐ Lourde

NPA et localité

Motif de l'intervention du service à domicile

☐ Première évaluation / mandat

☒ Maladie

☐ Autre motif

☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

☐ Maternité

Le mandat est valable à partir du 01.10.2009

☐ Accident

pour ☒ 3 mois ☐ 6 mois ☐ Autre

Evaluation des prestations à fournir par le service pour la période couverte par le mandat OPAS 7

	Par semaine (estimation)	Ou Par mois (estimation)	Total sur la période couverte par le mandat
	Heures	Heures	Heures
Evaluation/Conseils OPAS 7, al. 2a		30 mn	1 ^{er} 30
Examens et soins OPAS 7, al. 2b		15 mn	45 mn
Soins de base (complexes)			
Soins de base (simples)			
Total intermédiaire		45 mn	2 nd 15
Total des visites à domicile toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre	Nombre 1	Nombre 3

Genre de prestations dispensées / prestations du
(des) service(s) d'aide et de soins à domicile

Contrôle santé) 1^{er} / mois
Instruction Conseil

Remarques du médecin

Date, signature de l'infirmier/ère référent(e)

Date,

Numé