

# 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

☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

☒ Maladie

☐ Autre motif

☐ Maternité

Le mandat est valable à partir du

01.01.2009

☐ 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 <sup>re</sup> 30
Examens et soins OPAS 7, al. 2b	.....	15 mn	15 mn
Soins de base (complexes)	.....	.....	.....
Soins de base (simples)	.....	.....	.....
Total intermédiaire	.....	45 mn	2 <sup>de</sup> 15
Total des visites à domicile toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre	Nombre	Nombre
	.....	1	3

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

Instruction - Conseil ) 1 f / mois  
Contrôle santé

Remarques du médecin

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

Date, timbre et sign

Numéro RCC: