

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

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

Téléphone 026 550 05 80
 Date de naissance 22.01.1956
 Caisse maladie UneAssurance
 Alloc. pour impotent ☐ Moyenne ☐ Lourde

Motif de l'intervention du service à domicile

☒ Maladie ☐ Autre motif
☐ Maternité
☐ Accident

Médecin

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

Si prestations fournies au titre LAA:

Assureur-accident
 Employeur
 NPA et localité

☐ Première évaluation / mandat

☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

Le mandat est valable à partir du 01.10.2009

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 ^{re} 30
Examens et soins OPAS 7, al. 2b	15 mn	1 ^{re} 15
Soins de base (complexes)
Soins de base (simples)
Total intermédiaire	1 ^{re} 15 mn	2 ^{re} 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

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

Remarques du médecin

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

20.10.2009

Date,

Numé