

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 Une Assurance

Employeur

Alloc. pour impotent

NPA et localité

☐ Moyenne ☐ Lourde
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 01.10.2008

☐ 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

Examens et soins OPAS 7, al. 2b

Soins de base (complexes)

Soins de base (simples)

Total intermédiaire

Total des visites à domicile toutes prestations
OPAS 7 confondues

Nombre

Nombre

Nombre

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

Remarques du médecin

Contrôle santé
Instruction Conseil) 1 / mois

Date, signature de l'infirmière référent(e)

Date, timbre

Numéro RCC:

10.12.08