

EVALUATION DES SOINS REQUIS

Fournisseur-s de prestations [REDACTED] No RCC [REDACTED]

Nom / prénom **MONDEMO Patient** Date de naissance 22.01.1956
 Rue / No Rue de la clinique 7 Assureur-maladie UneAssurance
 NPA / localité 1763 Granges-Paccot Si prestations fournies au titre LAA
 Tél. 026 550 05 80 Assureur-accident

Employeur

Médecin

(nom/prénom/adresse)

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

Allocation pour impotence ☐ légère ☐ moyenne ☐ grave
 Motif de l'intervention ☒ Maladie ☐ Accident ☐ Maternité ☐ Infirmité congénitale
☐ Première évaluation / mandat ☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

Mandat valable dès le **25.12.2010**

Pour au maximum ☒ 3 mois ☐ 6 mois ☐ autre

Evaluation des prestations	Par semaine (estimation) Heures :	Ou par mois (estimation) Heures :	Total sur la période couverte par le mandat Heures :
Evaluation / Conseils OPAS 7, al. 2a	30 min.	2 ^h	8 ^h
Examens / Traitements OPAS 7, al. 2b	30 min.	2 ^h	6 ^h
Soins de base (complexes)	2 ^h 30	10 ^h	30 ^h
Soins de base (simples)			
Total heures	3 ^h 30	14 ^h	42 ^h
Total des visites toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre : 8	Nombre : 32	Nombre : 96

Genre de prestations dispensées / prestations de la / des
organisation-s d'aide et de soins à domicile :

Soins de base 1 f / j
 Contrôle santé 1 f / sem.
 Administration médic. 1 f / sem.
 Instruction - Conseil 1 f / sem.

Infirmier/ère référent/e:

Sceau/signature :

[REDACTED]

Date : 28.12.2010.

Remarques du médecin :

[REDACTED]

Médecin:

Sceau/signature :

[REDACTED]

Date : 10.01.11 No RCC