

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 6** 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 **01.10.2010**
 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	6 ^h
Examens / Traitements OPAS 7, al. 2b	30 min	2 ^h	6 ^h
Soins de base (complexes)	30 min	2 ^h	6 ^h
Soins de base (simples)			
Total heures	1 ^h 30	6 ^h	18
Total des visites toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre : 2	Nombre : 8	Nombre : 26

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

Soins de base 1 f / sem
 Contrôle santé
 Semainier
 Instruction - Conseil

Infirmier/ère référent/e: **BOURGEOIN Joëlle**
 Sceau/signature :

[REDACTED]

Date : **19 octobre 2010**

Remarques du médecin :

[REDACTED]

Médecin: **REPOND Claude**
 Sceau/signature :

[REDACTED]

Date : **25.10.10** No RCC