

## EVALUATION DES SOINS REQUIS

Fournisseur-s  
de prestations :

N°RCC

Nom / prénom :

Date de naissance :

Rue / n° :

Assureur-maladie :

NPA / localité :

Si prestations fournies au titre LAA :

Tél. :

Assureur-accident :

Employeur :

Médecin (nom/prénom/adresse) :

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 :

Pour au maximum :

☐ 3 mois

☐ 6 mois

☒ autre 1 mois.

Evaluation des prestations	Par semaine (estimation)	OU par mois (estimation)	Total sur la période couverte par le mandat
	Heures :	Heures :	Heures :
Evaluation / Conseils OPAS 7, al. 2a	15 min	1 <sup>h</sup>	
Examens / Traitements OPAS 7, al. 2b	30 min	2 <sup>h</sup>	
Soins de base (complexes)	30 min	2 <sup>h</sup>	
Soins de base (simples)			
Total heures	45 min.	5 <sup>h</sup>	
Total des visites toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre :	Nombre :	Nombre :
	2	8	

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

Soins de base 1 f/sem  
Administration médic  
Conseils santé 1 f/sem  
Instruction Conseil

Remarques du médecin :

Médecin :

Sceau/signature :

Date :

Date : 6.7.10

N° RCC :