

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 1763** Assureur-maladie **UneAssurance**
 NPA / localité **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 **25.11.2010**

Pour au maximum ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☒ autre **1 mois**

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	2^h
Examens / Traitements OPAS 7, al. 2b	30 min.	2^h	2^h
Soins de base (complexes)	2^h 15	9^h	9^h
Soins de base (simples)			
Total heures	3^h 15	13^h	13^h
Total des visites toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre : 9	Nombre : 36	Nombre : 36

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

*Soins de base 1 f. / jr.
 Instruction- Conseil 2 f. / sem.
 Administration medic 1 f. / sem.
 Contrôle santé 2 f. / sem.*

Infirmer/ère référent/e: [REDACTED]

Sceau/signature : [REDACTED]

Remarques du médecin :

Médecin: [REDACTED]

Sceau/signature : [REDACTED]

Date : **30 XI 2010**

Date : **13.12.10** No RCC