

EVALUATION DES SOINS REQUIS

Fournisseur-s de prestations

No RCC

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'Englissberg 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)	Ou par mois (estimation)	Total sur la période couverte par le mandat
	Heures :	Heures :	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 :	Nombre :	Nombre :
	9	36	36

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

Remarques du médecin :

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

Infirmier/ère référent/e:

Médecin:

Sceau/signature :

Sceau/signature :

Date :

30 XI 2010

Date :

13.12.10

No RCC