



PRESCRIPTION MEDICALE DES SOINS A DOMICILE

(pour les soins infirmiers selon art. 25 LAMal et art. 7 OPAS => remboursés par l'assurance maladie)

PATIENT(E)

Nom & Prénom

Adresse postale

Téléphone

Date du début des soins

Date de naissance

Assurance et No d'assuré

SOINS PRESCRITS

A cocher

FREQUENCE ET DUREE

Évaluation et mise en place

Conseils et contrôle

Coordination par des infirmières spécialisées

Contrôle des signes vitaux

Test simple glucose sanguin/urinaire

Prélèvement pour examens laboratoires

Mesure thérapeutique pour respiration

Pose de sonde et cathéters + soins

Soins hémodialyse/péritonéales

Admi. médicaments en injection i/v,i/m,s/c

Admi. nutritions en voie entérale/parentérale

Surveillance perfusion/transfusion/appareils

Soins plaies/pédicure diabétiques

Soins troubles urinaires/intestinaux

Bains médicaux/enveloppement/cataplasmes

Soins maladies psychiques

Soutiens psychiques en situation de crise

Soins de base généraux/mobilisation

Surveillance/soutien malades psychiques

Préparation des médicaments

PRESCRIPTION POUR MATERIELS DE SOINS ET/OU REMARQUES

Nom/prénom du prescripteur

Date et Signature

Adresse postale

Copyright to Soins & Accompagnement 24 Rue de l'Ember 19, 2605 Sionceboz 079 952 41 22





PRESCRIPTION MEDICALE DES SOINS A DOMICILE

(pour l'accompagnement => remboursé par la PC ou assurance maladie complémentaire)

PATIENT(E)

Nom & Prénom

Adresse postale

Téléphone

Date de naissance

Assurance et No d'assuré

Date du début des soins

Accompagnements prescrits

A cocher

FREQUENCE ET DUREE

Remarques

Nom/prénom du prescripteur

Date et Signature

Adresse postale





PRESCRIPTION MEDICALE

(pour produits d'incontinence (LIMA), remboursés par la caisse maladie)

PATIENT(E)

Nom & Prénom

Adresse postale

Téléphone

Date de naissance

Assurance et No d'assuré

Date du début des soins

Degrés d'incontinence

DUREE

Remarques

Nom/prénom du prescripteur

Adresse postale

Date et Signature





PRESCRIPTION MEDICALE

(pour moyens auxiliaires=> remboursés par la caisse maladie complémentaire et/ou par PC)

PATIENT(E)

Nom & Prénom

Adresse postale

Téléphone

Date de naissance

Assurance et No d'assuré

Date du début des soins

Moyens auxiliaires

DUREE

Remarques

Nom/prénom du prescripteur

Date et Signature

Adresse postale





PRESCRIPTION MEDICALE

(pour le transport => remboursés par la caisse maladie complémentaire et/ou par PC)

PATIENT(E)

Nom & Prénom

Adresse postale

Téléphone

Date de naissance

Assurance et No d'assuré

Date du début des soins

Justificatifs médicaux pour le transport

DUREE

Remarques

Nom/prénom du prescripteur

Date et Signature

Adresse postale

