

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Données administratives :

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : F M

Adresse : _____

Tél : _____

Personne de contact : _____ Tél : _____

La personne de contact est également représentante thérapeutique

Prise en charge : maladie accident

Assurance : _____

Numéro d'assuré (AVS) : _____

Données médicales :

Motifs de prise en charge : _____

Objectifs de la prise en charge : _____

Allergies : _____

Liste des documents joints à la demande.

- Antécédents significatifs
- Ordonnance des traitements médicamenteux
- Ordonnance de prise en charge (au verso)
- Autres :

Date de début souhaitée : _____

ORDONNANCE POUR PRESTATIONS MÉDICO-SOCIALES À DOMICILE

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : _____

Assurance : _____ AVS : 756. _____.

Prestations de soins infirmiers (mandat médical requis par l'assurance selon l'article 25 LAMAL et art. 7 et 8 OPAS)

Evaluation et conseils (cf.OPAS art. 7 al 2a)

Evaluation globale par infirmier

Examens et traitements (cf. OPAS art.7 al 2b): _____

Soins de base (cf. OPAS art.7 al 2b): _____

Autres partenaires de soins :

Physiothérapie (ordonnance à joindre)

Ergothérapeute (ordonnance à joindre)

Suivi en santé mentale

Autres : _____

Prestations non remboursées par la LAMal:

Ménage

Accompagnement privé

Aide aux courses

Livraison des repas à organiser

Mise en place de la Télé-alarme

Autres : _____

Mandat valable dès le _____ Date et signature : _____