SBK
ASI

Prescription médicale pour soins à domicile

Coordonnées client/te	**Nom et adresse de l'assurance**
Nom	
Prénom	
Rue	
NPA/Lieu	
Date de naissance	
Téléphone privé	
	att. médecin-conseil
No assuré	Diagnostic:

[ ] Accident [x] Maladie [ ] Invalidité

Prescription médicale **[ ] Prescription initiale** **[ ] Réévaluation**

(à remplir par le médecin)

Soins infirmiers psychiatriques à domicile

Durée de: à:

Soins infirmiers (à remplir par l'infirmière)

Prest. selon OPAS 7	Prestations	Durée en min.*	Fréquence	Pendant (approx.)
A1	Evaluation			
A2	Conseils aux patients			
B13	Soins destinés à la mise en œuvre …			
B14	Soutien apporté aux malades psy. …			

***par tranches <u>arrondies</u> à 10 minutes**

Médecin (timbre) no CAMS:	Infirmière no CAMS:
Date: Signature médecin:	Date: Signature infirmière: