

Formulaire d'évaluation des prestations à fournir au titre de l'OPAS (art.7) et mandat médical

Informations administratives concernant le patient

Nom : **CMS/OSAD/inf. indépendant-e :**
Prénom : **Nom du médecin traitant :**
Adresse : **Assureur-maladie :**
NPA et localité : **N° d'assuré :**
Tél. privé : **Si prestations fournies au titre LAA :**
Date de naissance : **Assureur-accident :**
Sexe : femme homme **Employeur :**
Motif d'intervention du service à domicile : **NPA et localité :**
 maladie accident autres à spécifier : **Validité du mandat :**
 Première évaluation / Premier mandat du

Besoin en prestations extrahospitalières calculé à partir des besoins déclarés

	Estimation des heures par semaine	Estimation des heures par mois	Nb total d'heures par trimestre
A. Besoins déclarés			
B. Examens			
C. Soins de base			
1. Soins de base classiques			
2. Surveillance et aide			
Total des prestations obligatoires en heures (estimation)			
Prestations ménagères / d'accompagnement (prestations non obligatoires selon LaMal)			
Organisation du court séjour urgent			

Moyens et appareils (selon LiMA, annexe 2 OPAS)

Nom du médecin :

Timbre / Date / Signature du médecin / N° concordat :

i Note au médecin : merci de déposer ce formulaire chez le patient à l'intention de l'infirmière de garde du CMS.