

SERVICE D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE DE LA SARINE

PRESCRIPTION MEDICALE DE SOINS A DOMICILE

Nom / prénom :

Adresse :

Tél. :

Date de naissance :

Assureur :

Assuré n° :

Maladie

Accident

Maternité

Infirmité congénitale

X	EXAMENS / TRAITEMENTS / SOINS	MEDICAMENTS / FREQUENCE	
	Evaluation et mise en place	art. 7 al. 2a ch. 1	
	Conseils / contrôles	ch. 2	
	Coordination par des infirmier-ère-s spécialisé-e-s	ch. 3	
	Contrôle signes vitaux	art. 7 al. 2b ch. 1	
	Test simple glucose sang / urine	ch. 2	
	Prélèvement pour examen de laboratoire	ch. 3	
	Mesures thérapeutiques pour la respiration	ch. 4	
	Pose sondes et cathéters / soins	ch. 5	
	Soins hémodialyse / péritonéale	ch. 6	
	Adm. médicaments, en particulier injection IM/IV/S-CUT/perfusion	ch. 7	
	Adm. entérale ou parentérale de solutions nutritives	ch. 8	
	Surveillance perfusions / transfusions / appareils	ch. 9	
	Soins plaies / pansements / pédicure malades diabétiques	ch. 10	
	Soins troubles urinaires / intestinaux	ch. 11	
	Bains médicinaux / enveloppements / cataplasmes	ch. 12	
	Soins malades psychiques	ch. 13	
	Soutien malades psychiques en situations de crise	ch. 14	
	Soins de base généraux / mobilisation	art. 7 al. 2c ch. 1	
	Soins de base surveillance/soutien malades psychiques	art. 7 al. 2c ch. 2	

Mandat valable dès le :

Pour au maximum :

3 mois

6 mois

Autre durée

Fournisseurs de prestations :

SASDS

Sceau / signature :

Date :

N° RCC :

J136510

Médecin

Sceau / signature :

Date :

N° RCC :

MERCI DE RETOURNER CETTE PRESCRIPTION SIGNEE AU
Service d'aide et de soins à domicile de la Sarine - Rte St-Nicolas-de-Flüe 2 - 1700 Fribourg