**Prescription de soins à domicile**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom : |  |
| Date de naissance : |  |
| Adresse : |  |
| N° NNSS : |  |
| Diagnostics : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Demande présentée par : |  | Date de la demande **:** |  |
| Sortie de l‘hôpital (date) : |  | | |
| Conseil social responsable : |  | | |
| Interlocuteur Soins pédiatriques à domicile : |  | | |
| Organe d’exécution : |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Durée de la décision : |  |
| Date de début de l’intervention/des mesures d’évaluation : |  |

**Mesures médicales prescrites à la sortie de l’hôpital :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mesures d’évaluation et de conseil,**  **cf. lettre circulaire AI de l’OFAS n° 308** | **Temps maximal pouvant être pris en charge** | **Description** | **Temps**  **en heures** |
| Examen et documentation des soins nécessaires et de l’environnement du patient et planification des mesures nécessaires (= diagnostic et objectifs des soins) en accord avec le médecin, l’assuré et d’autres services éventuellement impliqués (y compris détermination ultérieure des besoins et consultations médicales par téléphone) | 5 heures par nouveau cas nécessitant des soins et/ou révision |  |  |
| Conseil et formation des personnes intervenant à titre non professionnel (mise en œuvre des soins, comportement face à la maladie, prise de médicaments, utilisation d’appareils médicaux). Instructions sur les tâches de soins et réalisation des contrôles nécessaires.  Ces prestations doivent être documentées de manière détaillée. |  |  |  | |
| Depuis le début des soins à domicile, au total | 45 heures durant les trois premiers mois, ensuite 35 heures par an |  |  | |
| Mesures de coordination pour les situations de soins à la fois très complexes et très instables | 6 heures par semaine |  |  | |
| Personnes en phase terminale | Demande présentée par le médecin traitant en collaboration avec le service de soins à domicile (sàd) |  |  | |

| **Mesures d’examen et de traitement,**  **cf. lettre circulaire AI de l’OFAS n° 308** | **Temps maximal pouvant être pris en charge (pour chaque prestation)** | **Description précise de la situation sur le plan médical,**  **resp. des soins à dispenser** | **Interventions sàd par semaine, jours de la sem.** | **Minutes par intervention** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Evaluation de l’état général (y compris la prise des constantes vitales) | 10 minutes  par intervention |  |  |  |
| Prélèvement pour examen en laboratoire | 20 minutes  par prélèvement |  |  |  |
| Mesures de thérapie respiratoire (par ex. administration d’oxygène, inhalation, exercices respiratoires simples, aspiration), si aucune mesure physiothérapeutique n’a été décidée | 120 minutes  par intervention |  |  |  |
| Pose de sondes et/ou de cathéters ainsi que les mesures médicales qui y sont liées | 35 minutes par intervention |  |  |  |
| Mesures médicales en cas d’alimentation entérale ou parentérale, y compris préparation et mise en œuvre | 120 minutes  par jour |  |  |  |
| Mesures médicales en cas de dialyse péritonéale | 120 minutes par intervention, au maximum 12 heures par semaine |  |  |  |
| Préparation et administration de médicaments : |  |  |  |  |
| par voie orale, sous-cutanée, intramusculaire, anale ou transdermale, ou par sonde | 45 minutes par intervention |  |  |  |
| par voie intraveineuse ou courtes perfusions | 60 minutes  par médicament, et45 minutes pour chaque médicament suppl. administré par intraveineuse |  |  |  |
| Transfusion, anti-viraux, cytostatiques | 2 heures  par intervention |  |  |  |
| Surveillance et évaluation en cas de problèmes cutanés complexes et importants, y compris traitement médical de plaies, de cavités, soins de stomatologie, etc. | 60 minutes par intervention |  |  |  |
| Epidermolyse bulleuse | 120 minutes  par intervention |  |  |  |
| Mesures médicales de balnéothérapie en cas de problèmes cutanés complexes | 30 minutes  par intervention |  |  |  |
| Mesures médicales en cas de troubles de la miction ou de la défécation | 60 minutes par intervention |  |  |  |
| Contrôle des symptômes et mesures médicales correspondantes pour les personnes en phase terminale | Demande présentée par le médecin traitant en collaboration avec le service de soins à domicile compétent |  |  |  |
| Dans les situations où il faut prévoir des interventions médicales d’urgence 24 heures sur 24 (comme prestation unique, non cumulable avec d’autres prestations de la catégorie « Mesures d’examen et de traitement ») | Demande présentée par le médecin traitant en collaboration avec le service de soins à domicile compétent |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Total des heures nécessaires aux examens et traitements par semaine  (arrondi à l’heure/demi-heure supérieure)** |  |
| **Total des heures nécessaires aux mesures d’évaluation et de conseil** |  |

**Consignes pour remplir le formulaire :**

Ce formulaire de prescription doit être rempli par le service de soins pédiatriques à domicile en collaboration avec le médecin traitant et signé par les deux parties. Il doit également être signé par les parents.

La désignation « par intervention » fait référence à une présence temporelle ininterrompue auprès de l’assuré (depuis l’arrivée jusqu’au départ). Si le traitement médical l’exige, plusieurs interventions par jour sont admissibles.

Les organisations de soins pédiatriques à domicile peuvent inscrire le temps nécessaire pour remplir le présent formulaire dans la rubrique Instruction/conseil.

**Remarques :**

Date, tampon, signature du médecin traitant :

Date, tampon, signature du service de soins pédiatriques à domicile :

Date, signature des parents :

**Mesures d’évaluation et de conseil**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mesures de coordination**  En cas de mesures multiples, on admet un nombre hypothétique de contacts, basé sur les mesures médicales actuelles et l’expérience. | | | | | |
| **Médecin** | Motif | Nombre | **Services spécialisés** | Motif | Nombre |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Mise au courant et instruction à l’intention des membres de la famille** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |