

# prescription d'une démarche de soins infirmiers

(décret 02-194 du 11.02.02, arrêté du 01.03.02, art. R. 161-45 du Code de la sécurité sociale)

**Volet 1**  
À conserver par  
l'infirmière (1)

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)

(à compléter par le prescripteur et par l'infirmier(e) si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique)

### nom de la personne recevant les soins

(suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

### prénom

#### • exonération du ticket modérateur

ALD  autre exonération  AT/MP  n° ou date

#### • n° d'immatriculation :

de la personne recevant les soins

de l'assuré(e) (si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

à défaut date de naissance

code de l'organisme de rattachement

#### • transmission électronique de l'ordonnance (2)

à remplir par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte Vitale, si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique par le prescripteur

## DÉFICIENCES ET CONTEXTE MOTIVANT LA PRESCRIPTION D'UNE DÉMARCHE DE SOINS INFIRMIERS

#### • fonctions cognitives

#### • fonctions communication

#### • mobilité

#### • déficiences organiques (fonctions cardio-respiratoire, gastro-intestinale, etc.....)

## ÉLÉMENTS D'INFORMATION UTILES À L'INFIRMIÈR(E) ET SURVEILLANCE(S) PARTICULIÈRE(S)

retour d'hospitalisation  oui  non

### SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

### SIGNATURE DE L'INFIRMIER(E)

identification du médecin  
ou de l'établissement (3)

date de la prescription

identification de l'infirmière (3)

date d'exécution

signature

signature

(1) ce volet est transmis, au service médical, à la demande de ce dernier  
(2) les informations médicales sont à seule destination du service médical  
(3) comportant le n° d'identification (bas du pavé)

# prescription d'une démarche de soins infirmiers

(décret 02-194 du 11.02.02, arrêté du 01.03.02, art. R. 161-45 du Code de la sécurité sociale)

**Volet 2**  
À transmettre par l'infirmière  
au service administratif de l'organisme

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)

(à compléter par le prescripteur et par l'infirmier(e) si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique)

### nom de la personne recevant les soins

(suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

### prénom

#### • exonération du ticket modérateur

ALD      autre exonération      AT/MP      n° ou date

#### • n° d'immatriculation :

de la personne recevant les soins

de l'assuré(e) (si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

à défaut date de naissance

code de l'organisme de rattachement

#### • transmission électronique de l'ordonnance <sup>(2)</sup>

à remplir par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte Vitale, si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique par le prescripteur

## SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

## SIGNATURE DE L'INFIRMIER(E)

identification du médecin  
ou de l'établissement (3)

date de la prescription

identification de l'infirmière (3)

date d'exécution

signature

signature

(2) les informations médicales sont à seule destination du service médical

(3) comportant le n° d'identification (bas du pavé)

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire