



Evaluation des besoins

Soins à domicile par des membres de la famille / Art. 15 Oi LPC

Données personnelles de la personne assurée

Nom: _____
Prénom: _____
Numéro d'assuré-e: _____
Date de naissance: _____
Adresse: _____

Données personnelles de la personne exécutante

Nom: _____
Prénom: _____
Numéro d'assuré-e: _____
Date de naissance: _____
Adresse: _____

Lien de parenté (fratrie / parents etc.): _____

La fourniture des prestations est assurée dès: _____

Mesures de soins de base	Description des activités exécutées	Temps investi par semaine
Soins d'hygiène corporelle et de la bouche		
Aider le patient à s'habiller et à se dévêtir		
Refaire le lit, coucher le patient (le jour, la nuit)		
Prévenir les escarres (masser les endroits sensibles)		
Donner à manger et à boire au patient		
Faire faire des exercices au patient (activer / selon instructions de la personne spécialisée)		
Mobiliser le patient / lui faire faire des exercices / l'aider à marcher		



Mesures de soins de base	Description des activités exécutées	Temps investi par semaine
Bander es jambes du patient		
Mettre des bas de compression au patient		
Prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement		
Autres		

Ce formulaire doit être joint:

- Rapport médical détaillé au sujet du soins à domicile

Organe compétent pour recevoir la demande:

Le dossier complet doit être envoyé à l'agence AVS compétente de la commune de domicile.