

PLAN DE SOINS

Destiné à étayer la demande d'attestation de
PRESTATIONS TECHNIQUES SPECIFIQUES DE SOINS INFIRMIERS

Identification du bénéficiaire : Apposer la vignette

Identification du prestataire : Nom et prénom :

Numéro INAMI :

Nature, nombre, fréquence et durée des prestations

(à mentionner pour la prestation concernée) :

(1) **Mise en place et surveillance d'une perfusion intraveineuse/sous-cutanée** (2)

Date de début de la prestation :
pendant une période de jours/semaine/mois (2)
à raison de jours/semaine/mois (2)
..... millilitres par 24 heures
..... gouttes par minute
du liquide
autres spécifications
.....

(1) **Administration et surveillance de l'alimentation parentérale**

Date de début de la prestation :
pendant une période de jours/semaine/mois (2)
à raison de jours/semaine/mois (2)
..... millilitres par 24 heures
..... gouttes par minute
du liquide
autres spécifications
.....

(1) **Administration d'une dose d'entretien médicamenteuse via un cathéter épidural pour analgésie de longue durée**

Date de début de la prestation :
pendant une période de jours/semaine/mois (2)
à raison de jours/semaine/mois (2)
..... millilitres par 24 heures
..... gouttes par minute
du liquide
autres spécifications
.....

Le rapport médical circonstancié est joint

(1) cocher
(2) biffer la(les) mention(s) inutile(s)

L'infirmier(ère)
(date, nom et signature)