

PLAN DE SOINS

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

Identification du bénéficiaire (dont NISS):

Apposer la vignette

Identification du prestataire : Numéro INAMI :

Identification du médecin prescripteur : Numéro INAMI :

Type, 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 :

Date de fin de la prestation :

pendant une période de jours/semaine/mois (2)(3)

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 :

Date de fin de la prestation :

pendant une période de jours/semaine/mois (2)(3)

à raison de jours/semaine/mois (2)

..... millilitres par 24 heures

..... gouttes par minute

du liquide

autres spécifications

.....

Le plan de soins est conservé dans le dossier infirmier.

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

(1) cocher

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

(3) la période de traitement ne peut dépasser une durée de 12 mois