

### Formulaire de prescription pour soins aigus et de transition (SAT)

Structure répondante du processus :  
Direction médicale

Responsable du formulaire :  
Pierre DAYER

N° de version : 1  
Date : 01.11.2011

Les soins aigus et de transition (SAT) conformément à l'art. 25a, al. 2 LAMal sont prescrits par des médecins des hôpitaux aux conditions cumulatives suivantes :

1. Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques (dans un hôpital de soins aigus) ne sont plus nécessaires. Un séjour dans une clinique de réadaptation n'est pas indiqué.
2. La patiente ou le patient a besoin de soins qualifiés dispensés par des professionnels des soins après un séjour dans un hôpital de soins aigus.
3. Les SAT font partie de la chaîne thérapeutique. Ils doivent répondre aux besoins et être prescrits de façon ciblée. Ils ne sont pas censés couvrir la période d'attente avant l'entrée dans une clinique de réadaptation ou dans un EMS.
4. Les SAT ont pour but de renforcer les compétences de la patiente ou du patient, de sorte qu'elle ou il puisse se prendre en charge et retrouver dans son environnement habituel les aptitudes et capacités qui étaient les siennes avant son séjour hospitalier. L'objectif est de lui permettre de retourner durablement chez elle ou chez lui et d'éviter une nouvelle hospitalisation.
5. Un plan de soins avec les mesures permettant d'atteindre les objectifs fixés est établi.

Si un encadrement ou un traitement médical sont indiqués, ceux-ci peuvent être assurés à titre de prestation individuelle dans un cadre ambulatoire. Ils ne font pas partie intégrante des SAT.

#### 1. Patiente ou patient bénéficiaire de la prestation :

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Rue :	<input type="text"/>	NPA :	<input type="text"/>
		Lieu :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Début de la maladie : <input type="text"/>
N° d'assuré :	<input type="text"/>	N° d'assurance sociale :	<input type="text"/>
Motif du traitement :	<input type="text"/>		
Type de traitement :	<input type="text"/>		

#### 2. Hôpital :

N° RCC de l'hôpital : M696125

**Evaluation établie par l'hôpital en vue de prescrire des soins aigus et de transition :**

1. Les problèmes médicaux sont connus et stabilisés. oui  non
2. L'intervention d'un professionnel des soins est nécessaire pour une durée limitée et allant jusqu'à 24 heures par jour. oui  non
3. Une réadaptation stationnaire n'est pas indiquée. oui  non
4. La patiente ou le patient a le potentiel pour récupérer son autonomie et vivre dans son environnement habituel. oui  non
5. La patiente ou le patient souhaite réintégrer son cadre de vie et d'habitation habituel. oui  non
6. Les objectifs des soins aigus et de transition ont été fixés d'entente avec la patiente ou le patient ou le cas échéant avec ses proches ou son représentant légal. oui  non

Début des soins aigus et de transition :  Durée probable (max. 14 jours) :

**Qui dispense les soins aigus et de transition ?**

N° RCC :  Nom du fournisseur de prestations :

Adresse du fournisseur de prestations :

Lieu :  Date :

Initiales du médecin prescripteur :  Signature et tampon du médecin prescripteur :