

**Service du contrôle médical**

**Pôle CPR2A**

**FSI-002**

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
DES SOINS INFIRMIERS  
-  
SECTEUR REPOS CONVALESCENCE**



Imprimés accessibles sur notre site

[www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)

Pour tout renseignement, contacter le pôle CPR2A :

[cpr2a@cavimac.fr](mailto:cpr2a@cavimac.fr)

**Identification de l'assuré**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Numéro National d'identification :

Date de naissance :

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_ N° Collectivité :

**Identification de la structure de vie effectuant les soins infirmiers  
(à remplir par le responsable de la structure de vie)**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_

N° Code :

Téléphone :                      E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Prise en charge**

Prise en charge initiale demandée le :       à dater du :

Prolongation de prise en charge durée proposée :   jours à dater du :

**Demande de forfait de surveillance en secteur repos convalescence (à remplir par le médecin traitant)**

Affections actuelles motivant la demande de prise en charge : \_\_\_\_\_

Situation clinique actuelle <sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_

Antécédents : \_\_\_\_\_

Thérapeutique médicale actuelle : \_\_\_\_\_

Objectifs escomptés de la demande de prise en charge : \_\_\_\_\_

Soins et surveillance (cocher les cases correspondant aux besoins précis du malade)			
	Pas de besoin	Besoin modéré	Besoin important
Soins et surveillance médicale	<input type="checkbox"/>	Régulier <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins et surveillance infirmière/Nursing	<input type="checkbox"/>	Régulier mais bref <input type="checkbox"/>	Lourd et fréquent <input type="checkbox"/>
Soin de rééducation	<input type="checkbox"/>	1 à 3 fois/semaine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le :

Signature et cachet du médecin traitant

(1) Joindre obligatoirement les conclusions médicales : - si examens paracliniques et ou consultations spécialisées  
- si hospitalisation médecine et chirurgie

**Cadre réservé au service du contrôle médical**

Accord \_\_\_\_\_  Refus \_\_\_\_\_  Instance \_\_\_\_\_

Date :

Remarque : \_\_\_\_\_