



FACTURE Honoraires DIASPAD

Immeuble Le Conquérant – 4^e étage
62 Quai Gaston Boulet
76000 ROUEN
☎ 06 65 00 68 86
✉ urps.infirmiers.diaspad@orange.fr
N° siret : 822 340 899 00019

Rouen, le / / 2019

Votre nom et prénom :
Votre adresse professionnelle :

Votre N°adeli :
Votre mail :
Votre n° tel portable :

Patient : H F âge : code postal :

Nom du patient	Date ordonnance	Date des actes	Majoration Dim/JF*	Montant

* la majoration de dimanche et jours fériés n'est à facturer que dans le cas où cette séance est dispensée sans association de soin inscrit à la NGAP (facturable à l'Assurance Maladie)

TOTAL

*TVA non applicable
Selon article 293 B du CGI*

Signature et
cachet de l'infirmier(e)

Conditions de paiement :

Votre dossier complet doit être envoyé au plus tard 1 mois après la fin des soins pour paiement.

Paiement à réception de facture à 45 jours maximum

STATISTIQUES DIASPAD

Dans le cadre de cette convention de financement par L'ARS, l'évaluation du dispositif nous impose de fournir des indicateurs d'activité spécifique à cette séance de suivi et d'accompagnement.

Merci de cocher les cases correspondantes aux soins effectués

Ces renseignements obligatoires ne sont collectés qu'à visée statistique.

Nom de l'Etablissement prescripteur :

Les soins réalisés pendant ma prise en charge du DIASPAD :

- Prise des constantes
- Réfection pansement
- Evaluation de la douleur
- Injection
- Changement de flacon de Redon
- Prélèvement sanguin
- Retrait de drain de Redon
- Retrait de sonde urinaire
- Autres : précisez :
- Soutien psychologique
- Gestion de l'anxiété
- Coordination avec Médecin ou service référent

Avez-vous eu besoin de remplir une fiche de déclaration d'évènement indésirable ?

oui non

Si oui : pouvez-vous préciser le motif :

ENQUETE DE SATISFACTION SUR DIASPAD

- 1- Avez-vous été prévenu suffisamment tôt de la nécessité de la prise en charge du patient ?
 oui non
 - 2- Le patient vous a-t-il remis son passeport ambulatoire ?
 oui non
 - 3- Les renseignements fournis sur la fiche de liaison vous ont-ils permis d'assurer la continuité des soins ?
 oui non
 - 4- Selon vous le patient était-il suffisamment informé sur les consignes post opératoires ?
 oui non
 - 5- Avez-vous eu besoin de contacter l'établissement pour résoudre un problème ?
 oui non
- Si oui : avez-vous eu des difficultés ? oui non
La réponse apportée vous a-t-elle aidée ? oui non