



SPAD
Soins psychiatriques à Domicile
Service du **CHNP**
Tél: 2682 - 3122
Fax: 2682 - 4958
spad@chnp.lu

Demande médicale de prise en charge par le SPAD

Signalétique et informations du bénéficiaire de soins (étiquette)

Matricule: _____

Nom et Prénom: _____

Adresse: _____

Tél: _____

Langue: luxembourgeoise allemande française

Date de prescription: _____	Validité de prescription: _____
------------------------------------	--

Code diagnostic médical: **Code ICD10** (International Classification of Diseases)

Code principal: _____	Code(s) secondaire(s): _____
------------------------------	-------------------------------------

Projets et objectifs de la prise en charge

Médication

Dénomination	Dosage	Posologie				
		Matin	Midi	Après-midi	Soir	Au besoin
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	® _____	_____	_____	_____	_____	_____

Médecin prescripteur:	Bénéficiaire de soins:
-----------------------	------------------------

<p style="text-align: center;">Cachet & signature</p> <p>Nom: _____</p> <p>Prénom: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Code médecin: _____</p> <p style="text-align: center;">_____ Signature</p>	<p>Je soussigné(e) _____ autorise le SPAD à collecter mes données personnelles relatives à mon traitement afin d'assurer le meilleur suivi possible. L'utilisation des données est soumise à la loi modifiée du 02 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.</p> <p style="text-align: center;">_____ Signature précédée de la mention «lu et approuvé»</p>
---	--



Date: ____ / ____ / ____