NOTE D'HONORAIRES DE L'INFIRMIER

« Acte global de soins palliatifs »

PATIENT	PROFESSIONNEL
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
N° SS : _____	N° SIRET : _____
	Cachet du professionnel :

MAXIMUM 2 actes par jour (hors DSI)

Date : _ _ / _ _ / _ _ ☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort
Date : _ _ / _ _ / _ _ ☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort
Date : _ _ / _ _ / _ _ ☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort
Date : _ _ / _ _ / _ _ ☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort
Date : _ _ / _ _ / _ _ ☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort
Date : _ _ / _ _ / _ _ ☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort
Date : _ _ / _ _ / _ _ ☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort
Date : _ _ / _ _ / _ _ ☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort
Date : _ _ / _ _ / _ _ ☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort
Date : _ _ / _ _ / _ _ ☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort

Récapitulatif de la note d'honoraires : **_____ AGSP x 30 € = _____ euros**

Date : _ _ / _ _ / _ _ **Signature ET Tampon du professionnel :**

Cadre réservé au réseau

N° interne au réseau	Date d'envoi	Validation (date et signature)	Tampon du réseau

Cadre réservé au RESIF

	Réception	Vérification	Saisie	Règlement
Date				
Signature				

Corrections et remarques

Merci d'adresser vos notes d'honoraires à la fin de chaque mois d'exercice