**Ordonnance sur la podologie en cas de syndrome du pied diabétique** selon l'art. 11c OPAS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Données personnelles** | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| Nom | |  | | | | | |
| Prénom | |  | | | | | |
| Rue | |  | | | | | |
| Code postal / Lieu | |  | | | | | |
| Date de naissance | |  | | | | | |
| Téléphone privé | |  | | | | | |
| Courriel | |  | | | | | |
| Employeur | |  | | | | | |
| Code postal / Lieu | |  | | | | | |
| Téléphone prof. | |  | | | | | |
| Assureur maladie | |  | | | | | |
| N° de carte | |  | | | | | |
| N° AVS | |  | | | | | |
| **Adresse du cabinet de podologie** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  |  | | |  | |
| Maladie | | |  | |  | |
| Traitement à domicile | | |  | |  | |

*Conformément à l'art. 11c OPAS, seules sont remboursées les prestations fournies sur prescription médicale aux* ***personnes souffrant de diabète sucré*** *et présentant l'un des* ***facteurs de risque*** *suivants* ***pour un syndrome du pied diabétique****. Le nombre de séances est indiqué par année civile. Le formulaire de prescription est donc valable pour l'année civile au cours de laquelle il a été établi et doit être réédité pour chaque nouvelle année civile.*

|  |
| --- |
| **Diagnostic A :** personnes souffrant de diabète sucré et de polyneuropathie **sans maladie artérielle** occlusive périphérique (MAOP), **max. 4 séances** |
| **Diagnostic B :** personnes souffrant de diabète sucré et de polyneuropathie **avec maladie artérielle** occlusive périphérique (MAOP), **max. 6 séances** |
| **Diagnostic C :** personnes atteintes de diabète sucré après un ulcère diabétique ou après une amputation liée au diabète, **max. 6 séances** |

|  |
| --- |
| **Autre(s) diagnostic(s) / remarques :** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Début du traitement au |  | Durée de validité  Règlement (fin de l'année civile en cours) |  |

|  |
| --- |
| Médecin (cachet) : N° RCC et GLN |
|  |
|  |
| Date et signature |

|  |
| --- |
| Podologue (cachet) : N° RCC et GLN |
|  |
|  |
| Date et signature |