

**NOTIFICATION D'ATTESTATION DE
PRESTATIONS TECHNIQUES SPECIFIQUES DE SOINS INFIRMIERS**

Identification du bénéficiaire

Nom et prénom:

Adresse:

Date de naissance:

N° de sécurité sociale (NISS) :

N° d'inscription O.A. (uniquement pour les patients sans NISS):

N° d'identification de l'O.A. : [][][][]

Type de prestation (1) :

Mise en place et/ou surveillance d'une perfusion intraveineuse/sous-cutanée (2)

Date de début de la période (3):

Date de fin de la période (3):

Administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale (pas de nutrition entérale)

Date de début de la période (3):

Date de fin de la période (3):

Identification du prescripteur:

Nom et prénom: n° INAMI:

Identification du praticien de l'art infirmier qui établit la notification:

Nom et prénom: n° INAMI:

Le praticien de l'art infirmier,
(date, nom et signature)

(1) cocher

(2) biffer la(les) mention(s) inutile(s)

(3) la période de traitement ne peut dépasser une durée de 12 mois