## 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 : _ _ / _ _ / _ _**<br>☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort |
| **Date : _ _ / _ _ / _ _**<br>☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort |
| **Date : _ _ / _ _ / _ _**<br>☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort |
| **Date : _ _ / _ _ / _ _**<br>☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort |
| **Date : _ _ / _ _ / _ _**<br>☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort |
| **Date : _ _ / _ _ / _ _**<br>☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort |
| **Date : _ _ / _ _ / _ _**<br>☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort |
| **Date : _ _ / _ _ / _ _**<br>☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort |
| **Date : _ _ / _ _ / _ _**<br>☐ Evaluation globale ☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage ☐ Soins d'hygiène et de confort |
| **Date : _ _ / _ _ / _ _**<br>☐ 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 du professionnel :**

*Cadre réservé au réseau*

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

*Cadre réservé à la RESPALIF*

| | Réception | Vérification | Saisie | Règlement |
|---|---|---|---|---|
| Date | | | | |
| Signature | | | | |

*Corrections et remarques*

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