

NOTE D'HONORAIRES DE L'INFIRMIER

« Acte d'évaluation et de prévention de la douleur »

PATIENT
Nom : _____
Prénom : _____
N° SS : _____

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

MAXIMUM 4 actes par jour (1 acte par case)

Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention
Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention
Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention
Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention
Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention
Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention
Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention
Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention
Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention	Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/> Prévention

Récapitulatif de la note d'honoraires : _____ APED x 7,50 € = _____ 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