

# Ordonnance de moyens auxiliaires / appareils de traitement

Le formulaire ne s'utilise que s'il n'existe pas de formulaire spécifique (p. ex. il ne s'applique pas à la remise de systèmes auditifs ou de fauteuils roulants)

Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederació suiza  
Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Departement für das Innere DAI  
Dipartimento Federale dell'Interno DFI  
Bundeskantone für Sozialversicherungen BSV  
Office National des assurances sociales ONS  
Ufficio Nazionale delle assicurazioni sociali UAS



VERBAND FUSS & SCHUH ASSOCIATION PIED & CHAUSSURE  
Orthopädisch/Schuh und Schauschuh Schweiz  
Technique Orthopédique et Chaussure et Pieds Suisse



## Identité du patient

Nom  
Prénom  
Rue  
NPA/localité  
Date de naiss.  Sexe   
N° AVS  
Téléphone

## Destinataire :



## Assurance

Nom   
Rue   
NPA / localité   
E-mail   
GLN

## Employeur / données d'assurance

Nom   
Rue   
NPA / localité   
Loi/ N° d'ass.  N° / date d'acc.

## Problème lié à l'appareillage

Motif du traitement  accident  invalidité / infirmité congéniale  maladie

## Moyen aux. / appareil de traitement prescrit

(type, modèle du moyen aux., si possible pas d'indication de marque/modèle)

Appareillage  urgent  à l'hôpital  au domicile  non substituable

## Objectif et durée de l'appareillage

(uniquement pertinent pour l'AI)

Objectif de réinsertion (moyen aux.): déplacement, autonomie, contacts avec l'entourage, activité lucrative, activité dans le domaine de compétences, formation/éducation et accoutumance fonctionnelle  
ou

Objectif de traitement (appareil de trait.): p. ex. positionnement, redressement, étirement, renforcement musculaire)

Durée probable de l'appareillage:  Durée:   plus d'un an

## Médecin

E-mail

GLN  RCC

Date d'établissement

## Technicien·ne

E-mail

GLN  Tél.

## Transmission électronique

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)

En cas de problème de place, vous pouvez utiliser le champ complémentaire sur la page suivante.

# Ordonnance de moyens auxiliaires / appareils de traitement

## Remarques

### Supports plantaires

#### Hallux Rigidus

- R1
- Intégral

#### CAP

- Soutien cuboïdien
  - Soft
  - Renforcé
  - Hard
- Soutien Sustentaculum

#### Etrier Calcanéen

- Soft
- Renforcé
- Hard

#### Console Calcanéen

- Extérieur (Anti-Varus)
- Intérieur (Anti-Valgus)

#### Post-opératoire

## Support plantaire

