

La télétransmission en Sesam Vitale s'effectue en mode dégradé depuis nos bureaux ou sécurisé en liaison avec votre cabinet. **VIT'INFI** dispose d'un accès sécurisé et met à la disposition de l'infirmière une adresse électronique de transfert de données avec le réseau Orange Santé.

- Mode sécurisé :

VIT'INFI vous fournit un serveur permettant la réception directe des factures dans votre lecteur. Une fois sécurisées chez vos patients (un détail des patients à visiter est édité), les factures sont déchargées par le même système d'échange et télétransmises directement aux caisses et aux mutuelles.

FACTURES À CHARGER DANS TLA128735															
Fact	Num	Bénéficiaire	S.	Ordo	Facturé le	Soins du	Au	Montant	Part assuré	Part AMCFSE	DRE Caisse	Nom	PS	Facturant	Règlement
575	00037	BOULET Robert	01	27/04/2011	29/03/2011	29/03/2011	18,20	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	
586	00044	BONNET Marie Jeanne	03	03/05/2011	01/04/2011	30/04/2011	327,80	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	
590	00002	LE TALLEC Monique	02	03/05/2011	01/04/2011	30/04/2011	232,20	0,00	0,00	Visi	MNAM LORIENT	EP		TP AMO	
593	00035	NAGY Yves	01	03/05/2011	01/03/2011	02/03/2011	42,40	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	
595	00035	NAGY Yves	02	03/05/2011	01/03/2011	02/03/2011	15,90	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	
608	00037	BOULET Robert	01	11/05/2011	11/01/2011	15/02/2011	91,00	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	
691	00007	WIOLAND Ginette	02	11/06/2011	04/03/2011	24/03/2011	234,40	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	
695	00001	BONNEC Andree	03	11/06/2011	04/03/2011	14/03/2011	168,55	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	
699	00061	WEIL Monique	01	11/06/2011	11/04/2011	20/04/2011	17,22	0,00	0,00	Visi	MNAM LORIENT	EP		TP AMO	
703	00023	LE FORT Raymond	02	11/06/2011	21/07/2010	29/07/2010	94,00	0,00	0,00	Visi	CAMIEG	EP		TP AMO	
707	00023	LE FORT Raymond	03	11/06/2011	25/08/2010	03/09/2010	60,20	0,00	0,00	Visi	CAMIEG	EP		TP AMO	
711	00023	LE FORT Raymond	01	11/06/2011	01/06/2010	03/09/2010	562,00	0,00	0,00	Visi	CAMIEG	EP		TP AMO	
715	00023	LE FORT Raymond	05	11/06/2011	12/09/2010	27/11/2010	157,00	0,00	0,00	Visi	CAMIEG	EP		TP AMO	
719	00043	HERVY Emilienne	04	11/06/2011	06/12/2010	27/12/2010	102,85	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	
723	00043	HERVY Emilienne	05	11/06/2011	01/10/2010	28/11/2010	195,15	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	
727	00036	GAUCI Pierre	02	11/06/2011	03/12/2010	29/03/2011	273,00	54,60	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	
731	00038	GLEYZE Micheline	01	11/06/2011	08/03/2011	29/03/2011	72,80	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	
735	00023	LE FORT Raymond	04	11/06/2011	14/09/2010	24/12/2010	143,50	0,00	0,00	Visi	CAMIEG	EP		TP AMO	
739	00059	DARNIS Claude	01	11/06/2011	11/04/2011	11/04/2011	5,45	0,00	2,18	Visi	MBA RADIANCE	RADIANCE		TP AMO+AMC	
743	00038	GLEYZE Micheline	02	12/06/2011	01/06/2010	05/07/2010	41,00	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP		TP AMO	

- Mode dégradé :

VIT'INFI rédige vos feuilles de soins depuis ses bureaux avec validation par le TLA, directement relié à notre serveur. Les factures sont ensuite éditées et télétransmises. Les bordereaux de télétransmission et les feuilles de soins sont envoyés aux différentes caisses avec le système SCOR.

Dans les deux cas, vous recevez le détail de ces envois avec le double des bordereaux de télétransmission.



cerfa n° 12104*01 **démarche de soins infirmiers** (voir 1) à compléter en service médical

démarche de soins infirmiers initiée à partir de la 2^e démarche de soins infirmiers pour un même patient
 démarche de soins infirmiers prescrite le 01/01/2015 par le docteur **Joséphine Patrick**

résumé n°
 (révisé le 01/01/2015 de 11:02:02, entrée de 01 à 02)

le patient et l'assuré(e) (à compléter par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte vitale)

nom de patient en français, sans et y a-t-il de son prénom: **GALFO**
 prénom: **JOSEPH**
 adresse où le patient peut être visité: **2 Rue Des Tamaris - M°40 Le Callar**
 praticien: structure d'hébergement: domicile: **XX** autre:
 nom de l'assuré(e) (en français, sans et y a-t-il de son prénom): **GALFO**
 prénom: **JOSEPH**
 n° d'immatriculation de l'assuré(e):
 code de l'organisme de rattachement: **0 1 3 0 1 1 6 7 7**
 n° d'immatriculation du patient: **1 2 4 0 8 9 6 2 4 0 0 5 9 1 2**
 à défaut date de naissance: **1 0 0 5 1 9 2 4**

résumé de l'observation de la situation du patient

environnement matériel: adapté: **XX** inadapté:
 environnement sociale: adapté(s) naturel(s): oui: **XX** non: adapté: **XX** inadapté:
 adapté(s) professionnels: oui: **XX** non:
 hauteur et comportement: normal: altéré/modéré: **XX** altéré/sévère:
 état du patient: taille: **1,70 m** poids: **76 kg** score de Norton: **10** score Eva: **3**
 pénibilité de la prise en charge: physique: cause:
 psychologique: cause:
 environnementale: cause:

résumé de la planification

diagnostics infirmiers	objets de soins (1)	interventions infirmières
1	soins de base	soins de base
2	soins de base	soins de base
3	soins de base	soins de base
4	soins de base	soins de base
5	soins de base	soins de base

objectif global des soins

préciser: **XX** restaurer: compléter: **XX** maintenir: **XX** promouvoir: **XX** surveiller: **XX**
 réajuster: améliorer: rétablir: **XX** prévenir: **XX** adapter: **XX**

nature qualitative et quantitative de la prescription

séances de soins infirmiers (AIS 3): nombre par jour: **4** nombre par semaine: **28** (sur les jours):
 réparties en: **3** passages(x) par jour, pendant: semaine(s) ou: **3** mois
 dimanche/jour férié: oui: **X** non: nombre de séances par jour entre 20 h et 23 h: **0** entre 5 h et 9 h: **0**
 programme d'aide personnalisée (AIS 3): nombre par jour: nombre par semaine:
 réparties en: passages(x) par jour, pendant: jours dimanche/jour férié: oui: non:
 surveillance clinique infirmière et de prévention (AIS 4):
 pendant: semaine(s) ou: mois, à partir du:

signature de l'infirmière: signature du praticien ou de l'assistant médical:
 date: **0 1 0 1 2 0 1 5** cachet du médecin: date:
 signature:

avis du médecin-conseil:

(1) dans les délais de la prescription
 (2) compléter le n° d'identification
 La loi 75-17 du 03.01.75 relative à l'hospitalisation, aux futures nouvelles garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes dépositaires de formulaires. S 2152

RD01-01

Exemple de Démarche de Soins Infirmiers

cerfa n° 12049*01 **demande d'entente préalable assurance maladie** (VOLET A à conserver ou contrôle médical)
 Nomenclature générale des actes professionnels date de réception:

à compléter par l'assuré(e) (voir notice au verso du volet B)

nom - prénom de l'assuré(e): **CLAVEL Josette**
 n° d'immatriculation: **2 2 5 0 1 3 0 0 5 9 0 0 1 8 7**
 ou à défaut date de naissance de l'assuré(e):
 nom et n° de centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionnel (pour les non salariés):
MSA DU GARD
 Organisme n° **02 301 000**
 adresse de l'assuré(e): **Avenue Jean Macé**
 code postal: **3 0 7 4 0** commune: **LE CAILAR**
 nom - prénom du bénéficiaire des soins: **CLAVEL Josette**
 date de naissance du bénéficiaire des soins (s'il n'est pas l'assuré(e)):
 adresse où le patient peut être visité: **Avenue Jean Macé**
 code postal: **3 0 7 4 0** commune: **LE CAILAR**

à compléter par le praticien ou l'assistant médical qui dispose l'acte

son identification

Je, soussigné(e), demande l'entente préalable en vue de dispenser (indiquer ci-après: lettre-ét, coefficient, nombre d'actes):
(2 AIS 3.00) x 184 4Férés à Domicile

nom du prescripteur: **PELLEGRIN ANNE (30 1 00969 2)**
 (joindre la prescription médicale ou sa copie et la demande en double par un assistant médical)
 identification du praticien ou de l'assistant médical: date: **0 1 0 8 2 0 1 1**
 signature:
 Conventionele

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

nature et motif de l'acte: **Soins d'hygiène, surveillance, observation et prévention.**

IMPORTANT - La présente demande doit être envoyée immédiatement par l'assuré(e) au médecin conseil de son organisme d'assurance maladie (voir au verso du volet B les modalités de réponse des organismes)

Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale

S 3108 e

Exemple d'Entente Préalable

LES PLUS DE VIT'INFI

VIT'INFI fournit un **ordinateur notebook** pour faciliter les échanges de documents. Le serveur installé dans votre cabinet est entièrement paramétré et dispose de tous les outils nécessaires au bon fonctionnement de notre système (échanges directs de courrier électronique, scan des ordonnances et des agendas, liaison avec le TLA, prise en main à distance pour les mises à jour et les éventuels dépannages). Son fonctionnement est d'une extrême simplicité.

Démonstration sans engagement à votre cabinet.

