**Fiche de présentation OSAD**

*(Veuillez compléter les champs et cocher les cases)*

Nom de l’OSAD :

Adresse:

CP+ Localité:

Téléphone:

Courriel:

**Type d’organisation** (consulter l’art. 4 ROSAD pour les définitions)

Type 1

Type 2

Structures concernées :

Extra cantonale

**Personnel**

Nombre total de collaborateurs :

*Dont* Personnel soignant       Personnel d’aide       Personnel administratif

**Responsables (Noms, prénoms et coordonnées)**

Responsable d’exploitation

Responsable des soins

Médecin conseil

**Type de prestations**

**Soins OPAS**

Évaluation et conseils (art. 7 al. 2 let. a et 7 al. 2bis OPAS): Oui  Non

Examens et traitements (art. 7 al. 2 let. b OPAS): Oui  Non

Soins de base (art. 7 al. 2 let. c OPAS) : Oui  Non

**Prestations d’aide et d’accompagnement**

Prestations d’aide (non OPAS): Oui  Non

Si oui, veuillez préciser lesquelles:

**Autres**

Prestations fournies dans des locaux adaptés le jour ou la nuit: Oui  Non

Soins ambulatoires Oui  Non

**Périmètre géographique** (possibilité de cocher plusieurs champs)

Réseau Santé Haut-Léman (RSHL)  Réseau Santé Région Lausanne (RSRL)

Réseau Santé La Côte (RSLC)  Réseau Santé Nord Broye (RSNB)

**Horaires**

Horaires d’intervention

Gestion piquet infirmier

Permanence téléphonique

**Type de clientèle**

Critères d’admission

Critères d’exclusion

**Outil d’évaluation**

Nom de l’outil d’évaluation

**Dossier patient informatisé**

Nom du logiciel

**Adresse pour le paiement du financement résiduel**

Compte bancaire ou postal

N° IBAN