Cahier de Coordination Pluridisciplinaire

Ce cahier est la propriété du patient.
Idéalement, il doit rester à son domicile.

proposé par le

GLS SISD

Groupement Pluraliste **L**iégeois
des Services et **S**oins à Domicile
Service Intégré de Soins à Domicile (SISD) de Liège-Huy-Waremme

www.gls-sisd.be

Identité du patient

Nom et prénom : .....

Adresse : ..... n° .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Mutuelle : .....

Service(s) / Personne(s) de référence :

Nom et prénom : ..... Fonction : .....

Service : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Nom et prénom : ..... Fonction : .....

Service : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Nom et prénom : ..... Fonction : .....

Service : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Numéros d'appel d'urgence :

Aide policière d'urgence : **101**

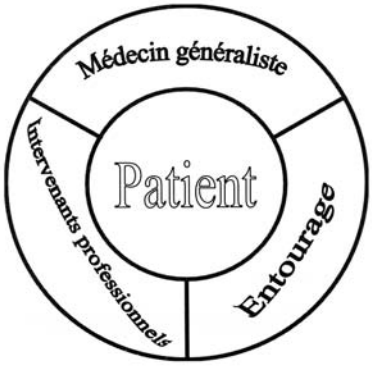
Urgences médicales et services d'incendie : **112**

Centre anti-poisons : **070/245 245**

Utilisez-moi !

Cahier de Coordination

Ce cahier est un outil de communication destiné :



qui nous permet de travailler ENSEMBLE.

Ce cahier sert à noter les observations importantes qui ont une influence sur le bien-être du patient et sur sa prise en charge, en veillant à respecter les limites déontologiques de chacun, ainsi que la charte du Groupement Pluraliste Liégeois des Services et Soins à Domicile.

1. Pour quel patient ?

Tous les patients qui impliquent une communication INTERDISCIPLINAIRE *.
(*entre les différents intervenants du domicile)

2. Qui met en place le cahier de coordination ?

Tout intervenant (coordinateur ou non, professionnel ou non) qui demande un cahier de coordination. Celui-ci ou celle-ci est chargé(e) de le compléter.

3. Qui fournit le cahier de coordination ?

La Commission « Cahier de coordination » du **GLS** à l'adresse suivante :

Groupement Pluraliste **L**iégeois
des Services et **S**oins à Domicile

Rue de Chestret, 1 - 4000 LIEGE
www.gls.sisd.be

Numéros d'appel d'urgence :

Aide policière d'urgence : **101**

Urgences médicales
et services d'incendie : **112**

Centre anti-poisons : **070/245 245**

Annexes détachables :

1. Pour faciliter la communication en cas d'hospitalisation du patient, les annexes pages 35 et 37 peuvent être complétées afin d'identifier les prestataires à contacter lors du retour du patient à son domicile.
2. Exemplaire du dossier de concertation INAMI (pages 39 à 44)

Identité de l'entourage

Nom et prénom : .....

Adresse : ..... n° .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Lien de parenté : .....

Nom et prénom : .....

Adresse : ..... n° .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Lien de parenté : .....

Identité du médecin généraliste

Nom et prénom : .....

Adresse : ..... n° .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Consultations : .....

Identité du médecin remplaçant

Nom et prénom : .....

Adresse : ..... n° .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Consultations : .....

Identité du/de la kinésithérapeute

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : .....

Identité de l'infirmier(e)

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : ..... Fréquence de passage : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : ..... Fréquence de passage : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : ..... Fréquence de passage : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : ..... Fréquence de passage : .....

Identité du pharmacien

Nom et prénom : .....

Adresse : ..... n° .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Ouvert de ..... à ..... et de ..... à .....

Identité du service de coordination

Service : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Identité du service social

Service : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Identité du service d'aides familiales

Service : .....

Tél. : ..... ou : .....

Nom du responsable du service : .....

Service : .....

Tél. : ..... ou : .....

Nom du responsable du service : .....

Identité du service de garde à domicile

Service : .....

Tél. : ..... ou : .....

Nom du responsable du service : .....

Service : .....

Tél. : ..... ou : .....

Nom du responsable du service : .....

Identité du service des repas

Service : .....

Tél. : ..... ou : .....

Nom du responsable du service : .....

Identité du psychologue

Service : .....

Tél. : ..... ou : .....

Nom du responsable du service : .....

Identité de l'équipe de soutien

Service : .....

Tél. : ..... ou : .....

Nom du responsable du service : .....

Identité du service prêt de matériel

Service : .....

Tél. : ..... ou : .....

Nom du responsable du service : .....

Identité du service d'aide(s) ménagère(s)

Service : .....

Tél. : ..... ou : .....

Nom du responsable du service : .....

Autres : ergothérapeute, logopède, pédicure, podologue, ...

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : .....

Nom et prénom : .....

Tél. : ..... ou : ..... GSM : .....

Service : .....

Hôpital de référence : ..... Tél. : .....

Service de référence : ..... Tél. : .....

Médecin(s) spécialiste(s) de référence : ..... Tél. : .....

..... Tél. : .....

Remarques importantes

Dates

....

....

....

....

....

....

Plan d'intervention

Date : .....

➔ Les dispensateurs de soins :

Disciplines	Tâches et fréquence
Médecin généraliste	
Infirmier(e)	
Kinésithérapeute	
Logopède	
Pharmacien	
Autres (à préciser)	

➔ Les dispensateurs d'aide :

Service(s) ou personne(s)	Tâches et fréquence
Service d'aides familiales	
Service d'aides ménagères	
Service de garde-malade	
Service de biotélévigilance	
Service de repas à domicile	
Service des techniques et aménagement du domicile	
Service social	
...	

➔ Autres (à préciser) :

Service(s) ou personne(s)	Tâches et fréquence
NOM - Prénom	
NOM - Prénom	

Plan d'intervention

Date : .....

➔ Les dispensateurs de soins :

Disciplines	Tâches et fréquence
Médecin généraliste	
Infirmier(e)	
Kinésithérapeute	
Logopède	
Pharmacien	
Autres (à préciser)	

➔ Les dispensateurs d'aide :

Service(s) ou personne(s)	Tâches et fréquence
Service d'aides familiales	
Service d'aides ménagères	
Service de garde-malade	
Service de biotélévigilance	
Service de repas à domicile	
Service des techniques et aménagement du domicile	
Service social	
...	

➔ Autres (à préciser) :

Service(s) ou personne(s)	Tâches et fréquence
NOM - Prénom	
NOM - Prénom	

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Communications interdisciplinaires

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

En cas d'hospitalisation : Services et prestataires du domicile

Pour la continuité des soins, vous trouverez ci-dessous, les coordonnées de l'ensemble des prestataires à contacter pour le retour à domicile de votre patient.

Identité du patient ou vignette de mutuelle

➔ Les dispensateurs de soins :

Disciplines	Coordonnées
Médecin généraliste	
Infirmier(e)	
Kinésithérapeute	
Logopède	
Pharmacien	
Autres (à préciser)	

➔ Les dispensateurs d'aide :

Service(s) ou personne(s)	Coordonnées
Service d'aides familiales	
Service d'aides ménagères	
Service de garde-malade	
Service de biotélévigilance	
Service de repas à domicile	
Service des techniques et aménagement du domicile	
Service social	
...	

➔ Autres (à préciser) :

Service(s) ou personne(s)	Coordonnées
NOM - Prénom	
NOM - Prénom	

En cas d'hospitalisation : Services et prestataires du domicile

Pour la continuité des soins, vous trouverez ci-dessous, les coordonnées de l'ensemble des prestataires à contacter pour le retour à domicile de votre patient.

Identité du patient ou vignette de mutuelle

➔ Les dispensateurs de soins :

Disciplines	Coordonnées
Médecin généraliste	
Infirmier(e)	
Kinésithérapeute	
Logopède	
Pharmacien	
Autres (à préciser)	

➔ Les dispensateurs d'aide :

Service(s) ou personne(s)	Coordonnées
Service d'aides familiales	
Service d'aides ménagères	
Service de garde-malade	
Service de biotélévigilance	
Service de repas à domicile	
Service des techniques et aménagement du domicile	
Service social	
...	

➔ Autres (à préciser) :

Service(s) ou personne(s)	Coordonnées
NOM - Prénom	
NOM - Prénom	

GLS-SISD de Liège-Huy-Waremme

Rue de Chestret, 1
4000 LIEGE

Groupement Pluraliste **L**iégeois des Services et **S**oins à Domicile
SISD de Liège
INAMI 947-025-83-002 - ASBL 477.703.521

DOSSIER DE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE
Plan de soins

Pour mémoire :

Le service intégré de soins à domicile organise et valide la concertation. **Pour que le SISD puisse facturer vos honoraires de concertation, il est impératif de fournir conformément à l'Arrêté Royal du 14 mai 2003 et à l'Arrêté Ministériel du 18 novembre 2005 :**

1. Une déclaration du médecin généraliste certifiant que le patient répond à la définition suivante :

   ➔ Séjourner à domicile ;
   ➔ Est admis dans une institution où un retour à domicile est planifié dans les 8 jours et pour laquelle on suppose qu'il restera encore au moins un mois à domicile ;
   ➔ Avec une diminution d'autonomie physique.

2. L'accord du patient et de son représentant pour la tenue de cette réunion.

3. Une copie du rapport d'évaluation mentionnant les noms du patient et des dispensateurs de soins ou d'aide concerné, signé par ces dispensateurs de soins ou d'aide.

4. Le plan de soins avec au minimum les soins programmés du patient, le bilan fonctionnel des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne, le bilan du réseau de soins formel et informel, le bilan de l'environnement et de son adaptation éventuelle, la répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide, la signature et identification de la personne qui rédige le plan de soins.

5. Pour le patient en état végétatif persistant (EVP), utiliser ce document et joindre en plus : un avis médical établi par le médecin responsable d'un centre hospitalier d'expertise qui démontre que le patient concerné est un patient EVP ou une copie du formulaire de demande du forfait EVP envoyée au médecin conseil.

Version du dossier de concertation du 21 mai 2008.
Patient à domicile avec une diminution d'autonomie physique.

Rue de Chestret, 1 – BE-4000 LIEGE
Tél. et Fax : 04 226 88 64 - GSM : 0473 76 06 31
E-mail : gls.asbl@skynet.be - Site web : www.gls-sisd.be

Données d'identification du patient (compléter ou apposer une vignette OA)

Nom et prénom : .....
Adresse : .....
Numéro de téléphone : .....
Date de naissance : .....
Numéro d'inscription OA : .....
Numéro national : .....

➔ Patient DAP ☐ oui ☐ non ➔ Patient EVP ☐ oui (*) ☐ non

Acceptation de la réunion de concertation et du plan de soins

➔ Je soussigné ☐ patient ☐ représentant légal du patient

Nom et prénom du patient : .....
OU
Nom et prénom du représentant légal : .....

➔ ☐ accepte la réunion de concertation
➔ ☐ souhaite être présent à la réunion de concertation ☐ ne souhaite pas être présent à la réunion de concertation

➔ Date de la concertation multidisciplinaire : .....
➔ Lieu de la concertation : ☐ à domicile
☐ dans un centre hospitalier d'expertise
☐ ailleurs

➔ **Avec les personnes suivantes :**

		NOM - Prénom	N° INAMI	N° compte	Signature
	Médecin				
	Infirmier(e)				
	Kinésithérapeute				
	Assistant(e) social(e)				
	Coordinateur/trice				
	Représentant service aides familiales				
	Représentant service aides aux familles				
	Garde à domicile				
	Entourage				
	Autres à préciser				
	GLS - SISD de Liège				

➔ Signature : ☐ patient ☐ représentant légal du patient
➔ Signature du rédacteur du dossier :

(*) Joindre l'avis médical du médecin du centre hospitalier d'expertise ou copie du formulaire de demande forfait EVP envoyée au médecin conseil.

Déclaration du médecin généraliste

Je soussigné, ..., Docteur en médecine,

certifie par la présente que mon patient .....

domicilié à ....

- ☐ Séjourne à domicile
- ☐ Ou est admis dans une institution où un retour à domicile est planifié dans un délai de 8 jours et pour lequel on suppose qu'il restera au moins un mois à domicile ;
- ☐ Avec une diminution d'autonomie physique.

(Cochez d'une croix la mention correspondante)

Remarques :
Pour un patient EVP, il suffit de joindre l'attestation établie par le médecin responsable du centre hospitalier d'expertise qui démontre que le patient concerné est un patient EVP (ou une copie du formulaire envoyé au médecin-conseil).

Déclaration faite à ..... le .....

Signature :

Cachet

Motifs de la concertation

- ☐ Suivi pour évolution
- ☐ Sortie de l'hôpital
- ☐ Difficultés
- ☐ Autres (à préciser) .....

Grille d'évaluation : annexe 63

(Il est obligatoire de répondre à chaque item)

		1. AIVJ	Réalisable seul	Réalisable avec aide	Irréalisable
0360		**Utiliser des appareils et des techniques de communication**			
	04602	Se déplacer, en dehors de la maison et d'autres bâtiments, à pied			
0470		**Utiliser un moyen de transport**			
0570		**Prendre soin de sa santé**			
	05708	Exercer des activités qui permettent de prendre soin de sa santé			
	06200	Faire les courses			
	06300	Préparer les repas simples			
0640		**Faire le ménage**			
	06400	Laver le linge et les vêtements à la main			
	06401	Laver la cuisine et les ustensiles			
	06402	Nettoyer la salle de séjour			
	06403	Utiliser des appareils électroménagers			
	D 6405	Eliminer des ordures			
0860		**Transactions économiques élémentaires**			
0920		**Récréations et loisirs**			

		2. AVJ	Réalisable seul	Réalisable avec aide	Irréalisable
0420		**Se transférer**			
	04200	Se transférer en position assise			
	D 4201	Se transférer en position couchée			
	D 4600	Se déplacer dans la maison			
0510		**Se laver**			
0530		**Aller aux toilettes**			
	05300	Assurer la régulation de la miction			
	05301	Assurer la régulation de la défection			
	05302	Apporter les soins au moment des menstruations			

0540	**S'habiller**			
05400	Mettre des vêtements			
05401	Oter des vêtements de toutes les parties du corps			
05402	Mettre des chaussures et des bas			
05403	Oter des chaussures et des bas			
D 550	**Manger**			
0560	**Boire**			

	3. Fonctions de l'organisme	Oui	Non
B 110	**Fonctions de la conscience :** état, continuité et qualité de la conscience ; état de conscience de soi et de vigilance, y compris la clarté et la continuité de l'état de veille		
B 114	**Fonctions d'orientation :** connaissance et établissement de sa relation avec soi-même, les autres, le temps et son environnement		
B 144	**Fonctions de la mémoire :** enregistrement et emmagasinage d'informations.		

	4. Fonctionnement de la personne dans son environnement social	Oui	Non
D 7203	Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales		
D 750	Relations sociales informelles		
D 7503	Relations informelles avec des co-résidents		
D 760	Relations familiales		

	5. Facteurs externes	Oui	Non
E 310	Famille proche		
E 315	Famille élargie		
E 320	Amis		
E 115	Produits et systèmes techniques à usage personnel dans la vie quotidienne		
E 155	Produits et systèmes techniques de l'architecture, de la construction et des aménagements de bâtiments à usage privé		
E 340	Prestataires de soins personnels et assistants personnels		
E 355	Professionnels de santé		

Bilan du réseau de soins formel et des autres types d'aide

➔ Les dispensateurs de soins :

Disciplines	Tâches et fréquence
Médecin généraliste	
Infirmier(e)	
Kinésithérapeute	
Logopède	
Pharmacien	
Autres (à préciser)	

➔ Les dispensateurs d'aide :

Service(s) ou personne(s)	Tâches et fréquence
Service d'aides familiales	
Service d'aides ménagères	
Service de garde-malade	
Service de biotélévigilance	
Service de repas à domicile	
Service des techniques et aménagement du domicile	
Service social	
...	

➔ Autres (à préciser) :

Service(s) ou personne(s)	Tâches et fréquence
NOM - Prénom	
NOM - Prénom	

AVERTISSEMENT

Le **cahier de coordination pluridisciplinaire** est un o**util de communication inter-disciplinaire** permettant :

- de communiquer des informations utiles et nécessaires à propos d'un patient,
- de partager des observations et des réflexions en vue de faciliter sa prise en charge à domicile
- de garantir la continuité des soins et de l'aide.

Dès lors, le cahier :

- ➔ appartient au patient et reste au domicile du patient
- ➔ est à la disposition du patient et de sa famille
- ➔ ne remplace pas une communication verbale
- ➔ n'est pas une tribune pour régler des difficultés d'organisation d'un service
- ➔ ne se substitue en aucun cas au dossier infirmier telle que la règlementation INAMI le définit
- ➔ ne doit contenir aucun message personnel relatif aux prestataires
- ➔ permet d'inscrire les informations utiles et nécessaires au bien-être du patient

GLS SISD

INAMI 947-025-83-002