

GLS-SISD de Liège-Huy-Waremme

Rue **Saint-Vincent, 12**
4020 LIEGE



Groupement Pluraliste Liégeois des Services et Soins 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.

**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	Irréali- sable
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	Irréali- sable
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 défécation			
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	