

Cahier de Coordination Pluridisciplinaire

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

proposé par le



Groupement Pluraliste Liégeois
des Services et Soins à Domicile

Service Intégré de Soins à Domicile (SISD) de Liège-Huy-Waremme

www.gls-sisd.be

Identité du patient

Vignette de mutuelle

Nom et prénom :

Adresse : n°

Code postal : Commune :

Tél. : ou : GSM :

Mutuelle :

Service(s)/Personne(s) à contacter en cas de problèmes et/ou renseignements :

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**

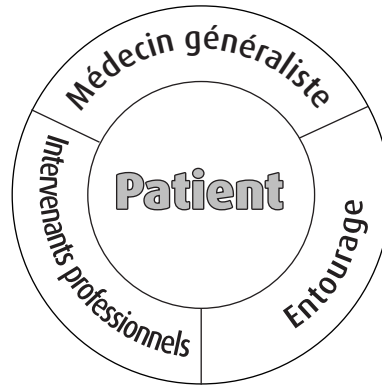
Urgences médicales et services d'incendie : **112**

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 Liégeois
des Services et Soins à Domicile

Bd Emile de Laveleye, 69 - 4020 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 **7** à **10** peuvent être complétées afin d'identifier les prestataires à contacter lors du retour du patient à son domicile.
2. Exemple du dossier de concertation INAMI (pages **59** à **64**).

Cahier de Coordination Pluridisciplinaire

Table des matières

	Identification des personnes de contact	3 à 6
	Documents à remplir en cas d'hospitalisation	7 à 10
	Le projet de soins intégrant	11 à 18
	Communications interdisciplinaires	19 à 58
	Dossier de concertation	59 à 64
	Documents nécessaires à la continuité de l'aide et des soins	65

Identité de l'entourage

Nom et prénom :

Tél. : OU : GSM :

Lien de parenté :

Nom et prénom :

Tél. : OU : GSM :

Lien de parenté :

Les dispensateurs de soins

Identité du médecin généraliste

Nom et prénom :

Tél. : OU : GSM :

Consultations :

Identité du/de la kinésithérapeute

Nom et prénom :

Tél. : OU : GSM :

Service :

Identité de l'infirmier(e) ou du service infirmier

Service :

Tél. : OU : GSM :

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 :

Tél. : OU : GSM :

Ouvert de à et de à

Les dispensateurs d'aide

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 :

Identité du service de garde à domicile

Service :

Tél. : OU :

Identité du service des repas

Service :

Tél. : OU :

Identité du psychologue

Service :

Tél. : OU :

Identité de l'équipe de soutien

Service :

Tél. : OU :

Identité du service prêt de matériel

Service :

Tél. : OU :

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

Service :

Tél. : OU :

Autres à préciser

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 :

Oxygénothérapie

Source : Tél. :

Hôpital de référence : Tél. :

Service de référence : Tél. :

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

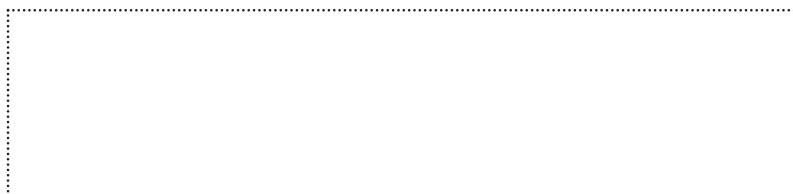
..... Tél. :

Remarques importantes

Dates

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

En cas d'hospitalisation : informations utiles afin d'assurer la continuité de l'aide et des soins



Identité du patient ou vignette de mutuelle

Date : / /

→ Personne de contact en lien avec le patient :

Nom et prénom :

Tél. : GSM :

Lien de parenté :

→ Contexte à domicile :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

→ Contexte d'hospitalisation :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

→ Traitement :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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.

→ Les dispensateurs de soins :

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

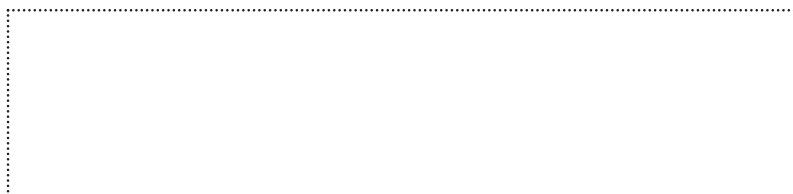
→ Les dispensateurs d'aide :

Service(s) ou personne(s)	Coordonnées
Service d'aides familiales	
Service d'aides ménagères	
Service de garde à domicile	
Service de biotélégilance	
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 : informations utiles afin d'assurer la continuité de l'aide et des soins



Identité du patient ou vignette de mutuelle

Date : / /

→ Personne de contact en lien avec le patient :

Nom et prénom :

Tél. : GSM :

Lien de parenté :

→ Contexte à domicile :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Contexte d'hospitalisation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Traitement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.

→ 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 à domicile	
Service de biotélégilance	
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	

Le Projet de Soins Intégrant

Introduction

1^o version novembre 2019

Le projet de soins intégrant **naît de la concertation** entre le patient, ses proches et les dispensateurs de soins. Il a pour **but** de **synthétiser** une **orientation commune des soins et des traitements** en tenant compte des souhaits, valeurs et déclarations anticipées éventuelles du patient.

Le PSI **soutient le processus de prises de décisions** dans les situations où le patient n'est plus en état d'exprimer clairement ses volontés ou dans des situations d'urgences médicales.

Le PSI est complémentaire aux déclarations de volontés en matière de santé^{1 2} soutenant l'expression du patient quant à ses valeurs et volontés.

Le PSI est **composé** de deux parties :

1. La première partie synthétise les déclarations éventuelles sans remplacer les documents officiels.
2. La deuxième partie synthétise les orientations et/ou décisions prises à l'issue de chaque concertation relative au projet de soins et à l'anticipation en matière de santé.

Il est important de noter que ces volontés et orientations prise en matière de santé sont révisables selon l'évolution des souhaits du patient et l'évolution des éléments contextuels.

Il est conseillé de consigner dans un document, tel que le PSI, les résultats de ce processus de communication afin de soutenir la continuité des soins et la cohérence du projet thérapeutique, en intégrant tant que possible le patient et ses proches.

Quels sont les moments propices à l'introduction de ce dialogue et à l'élaboration d'un document récapitulatif concernant la planification anticipée des soins ?

Le dialogue peut être introduit à différents moments. Les souhaits du patient et/ou de ses proches, le contexte médical, la situation clinique, les hospitalisations répétées ou la gestion de « crises » réitérées sont autant d'éléments soutenant cette démarche.

Le moment où le médecin identifie le patient comme palliatif (en référence au PICT³) peut également être un moment propice à la mise en route d'un projet de soins anticipé.

¹ Tel que proposé dans « Les déclarations de volontés correctes » ;
http://wemmel.center/data/VZP - Brel_Franstalig.pdf, consulté le 12/11/2019

² Tel que proposé dans le PSPA (projet de soins personnalisé et anticipé) par Pallium en collaboration avec la Fondation Roi Baudoin
<http://www.soinspalliatifs.be/pspa.html>, consulté le 12/11/2019

³ Echelle d'identification du patient palliatif – PICT M.B. 20.11.2018 ;
<http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/pict%202018.pdf>, consulté le 12/11/2019

Qui peut introduire ce processus ?

Il se peut que le patient ou son entourage introduisent eux-mêmes le sujet de **l'anticipation en matière de santé** lors d'un entretien ou une consultation. Aux professionnels à s'en saisir et à proposer un lieu, un temps et des modalités de rencontre ajustées confortables pour tous.

Le prestataire informe de la possibilité pour le bénéficiaire d'aborder cette thématique.

Quel que soit le professionnel initiateur ou sollicité, il est important que le(s) médecin(s) référent(s) du patient prenne(nt) part à cette démarche.

Qui complète le projet de soins personnalisé intégrant ?

Tout praticien, en complément au patient, peut compléter tout ou une partie du PSI. Il y a, quoiqu'il en soit, lieu d'intégrer le médecin référent du patient à la démarche entamée lors de l'élaboration du PSI comme document.

Où conserver ce document ?

Le document sera accessible à l'équipe soignante référente, aux équipes qui la remplaceraient, ainsi qu'au patient ou le cas échéant à son représentant⁴ tout en assurant son caractère confidentiel.

Il sera de préférence annexé au cahier de coordination pluridisciplinaire.

Lorsque le patient réside en institution, il pourrait être conservé dans le dossier médical du patient.

Ont contribué à la rédaction de ce document

Christel Bertholet (coordinatrice GLS), Yvonne Bronckart (médecin généraliste, présidente Glamo), Alain Dessard (médecin généraliste Herma et médecin référent Delta), Christine Eyckmans (infirmière Herma-IGL), Annelore Gangarossa (médecin généraliste BVS-IGL), Delphine Gratien (adjointe de direction ASD), Sandrine Jacques (coordinatrice PSPPL), Cédric Labalue (infirmier référent SP CSD), Jean-Philippe Périlleux (infirmier indépendant, gestionnaire HADP), Rudi Noelmans (infirmier indépendant HADP) et Marie-Noëlle Tilman (médecin généraliste BVS-IGL).



⁴ Agissant dans les limites de la législation relative aux droits des patients du 22.08.2002

Le Projet de Soins Intégrant

Synthèse des déclarations anticipées partie 1/2

Identification de la personne

M. / Mme

☐ Souhaite / ☐ Ne souhaite pas participer au processus de concertation

.....

(signature)

Synthèse des déclarations anticipées réalisée le

.....

Par

En présence de

.....

.....

M. / Mme ☐ Patient.e. ☐ Représentant.e légal.e.

Proche.s informé.s du projet de soins : ☐ oui ☐ non

Personne.s référente.s

.....

.....

"Proche.s" en matière de santé

Personne de confiance

La personne de confiance accompagne le patient et l'aide dans l'exercice de ses droits en matière de santé sans se substituer à lui.

Démarche réalisée ☐ oui ☐ non

Nom / Prénom :

Type de lien :

N° de téléphone :

Courriel :

Copie du document déposé (lieu) :

.....

Mandataire de santé

Le mandataire est une personne qui, en matière de santé, se substitue au patient dans le cas où il ne serait plus en mesure de décider pour lui-même.

Démarche réalisée ☐ oui ☐ non

Nom / Prénom :

Type de lien :

N° de téléphone :

Courriel :

Copie du document déposé (lieu) :

.....

Déclarations de volontés anticipées

Demande anticipée d'euthanasie ☐ oui ☐ non

Pour les déclarations rédigées avant le 2 avril 2020 : la validité est de 5 ans à compter de la date de la déclaration.

Pour les déclarations rédigées à partir du 2 avril 2020 : la déclaration à une durée de validité illimitée.

Loi belge du 28/05/2002 M.B. 22/09/2002 revue et modifiée au M.B. 23/03/2020

Lieu où se trouve la demande anticipée d'euthanasie

Déclaration de don d'organes

Démarche réalisée ☐ oui ☐ non

Lieu où se trouve la déclaration

Déclaration en matière de funérailles

Démarche réalisée ☐ oui ☐ non

Lieu où se trouve la déclaration

Déclarations anticipées concernant traitement / examen / transfert

Le patient peut remplir avec son médecin un document reprenant ses souhaits en matière de santé. Daté et signé, l'original est annexé au dossier médical.

Cette déclaration influence les décisions médicales dans le cas où le patient ne serait pas en mesure d'exprimer ses volontés en matière de soins de santé. La déclaration de volontés en matière de traitement s'applique, le plus généralement, en cas de maladie grave et incurable.

Le patient a-t-il rédigé une déclaration de volontés en matière de traitement ? ☐ oui ☐ non

Si oui : Date de la déclaration

Lieu de conservation

Dans sa déclaration, le patient a énoncé

	Accepte	Refuse	Sans avis	Condition d'application exprimée par le bénéficiaire de soins
Réanimation				
Antibiothérapie				
Hydratation artificielle				
Nutrition artificielle				
Chimiothérapie				
Radiothérapie				
Chirurgie				
Respiration artificielle				
Dialyse rénale				
Soins intensifs				
Hospitalisation à visée diagnostique				
Hospitalisation à visée thérapeutique				
Autre				

Le Projet de Soins Intégrant

Concertation relative au projet de soins et à l'anticipation en matière de soins de santé - partie 2/2

Concertation n° Date

Identification de la personne

M. / Mme

Bénéficiaire de soins participe à la concertation relative au projet de soins et à l'anticipation en matière de soins de santé

☐ Oui

☐ Non

☐ Si non, expliquez

.....

PERSONNES PRÉSENTES à la concertation

Nom	Prénom	Lien avec le bénéficiaire	Signature

Personne(s) à informer du projet de soins mais non présente(s) lors de la concertation :

.....

Personne(s) référente(s) :

.....

.....

Données diagnostiques

Philosophie de soins⁵

La philosophie de soins caractérise ce vers quoi on tend dans les traitements, examens et transferts proposés en matière de santé. S'entendre sur la finalité du projet de soins nous aide à rester cohérent entre les intentions énoncées et les actions choisies.

Il arrive qu'un patient se situe entre différentes philosophies et/ou évolue dans le temps entre soins curatifs ou palliatifs.

Cochez ou fluorez l'orientation retenue à la suite de la concertation

☐ Soins Curatifs ☐ Soins Supportifs ☐ Soins Palliatifs ☐ Soins de Fin de vie

Soins CURATIFS

Cherchent à guérir les personnes atteintes d'une maladie, par l'application de toute méthode diagnostique et thérapeutique possible et raisonnable.

Soins SUPPORTIFS

Cherchent parallèlement aux soins curatifs, à préserver la qualité de vie des personnes malades et celle de leur entourage en prévenant et en traitant les séquelles et toute souffrance sans diminuer les chances de guérison.

Soins PALLIATIFS

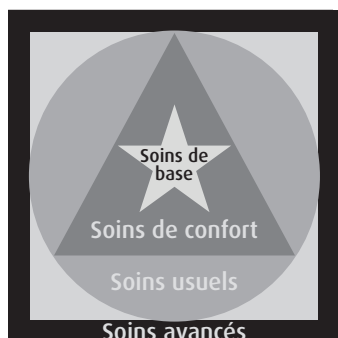
Cherchent l'ajustement des soins médicaux donnés aux patients ayant une maladie avancée progressive pour laquelle le but premier des soins est la qualité de vie.

Soins de FIN DE VIE

Cherchent activement la tranquillité du patient. Ils se caractérisent par une retenue interventionnelle et accompagnent intensément la famille.

⁵ Marion M., 2009

Niveaux de soins⁶



La recherche de ces niveaux de soins permet d'envisager les **actions de soins concrètes** dans le présent et/ou pour le futur.

Elle n'est **pertinente que** pour les philosophies de soins à composante supportive, palliative voire de fin de vie.

Les soins de base sont toujours assurés quelle que soit la situation du patient. Ils seront ajustés en fonction de la situation clinique, des souhaits du patient et/ou de ses proches.

Ce "classement" se doit d'être souple. Un patient peut, en fonction de facteurs multiples, passer d'un niveau de soins à un autre ou se situer entre deux niveaux de soins.

La réalisation d'un projet de soins est issue de la concertation. Dans un premier temps il est important de percevoir ce que chacun pense et d'accepter la discordance...

Entourez ou fluorez les dispositions retenues à la suite de la concertation relative au projet de soins et à l'anticipation.

Niveau 1 - Soins de base	
Toujours assurés de manière ajustée quelle que soit la situation du patient	
☒	Soins d'hygiène corporelle
☒	Positionnement confortable
☒	Soins de bouche
☒	Pansement : soins de confort
☒	Contrôle des symptômes gênants
☒	Ecoute, accompagnement, soutien du patient
☒	Ecoute, accompagnement, soutien de la famille
Niveau 2 - Soins de confort	
☒	Maintien et restauration de l'intégrité cutanée
☒	Entretien de la mobilité des fonctions : kinésithérapie, ergothérapie, ...
☒	Contrôle du transit
☒	Hydratation et nutrition par des moyens normaux et/ou par voie sous-cutanée
☒	Contrôle des symptômes pouvant inclure à visée symptomatique
☒	✓ ATB
☒	✓ Transfusion
☒	✓ Chirurgie
☒	✓ Imagerie /radiographie
☒	Application si nécessaire d'un protocole de détresse
Niveau 3 - Soins usuels	
☒	Mesures diagnostiques et thérapeutiques disponibles facilement et peu envahissantes (labo, radio...)
☒	Antibiothérapie classique
☒	Alimentation par sonde nasogastrique/ alimentation parentérale
☒	Une radiographie et une biologie sont envisageables
☒	En cas de détresse, soins maximaux là où le patient se trouve et protocole SNC
Niveau 4 - Soins avancés	
☒	Toute mesure diagnostique ou thérapeutique (réanimation cardio-pulmonaire, dialyse rénale...) conforme aux standards optimaux (transfert en US Intensifs si nécessaire)
☒	La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie peuvent être proposées pour le confort du malade
Remarques	

⁵ Marion M., 2009

Prescriptions médicales des "si nécessaire"

SI douleur - nausées - vomissements - diarrhée - constipation - dyspnée - encombrement bronchique - angoisse et/ou anxiété - saignement - autres indications ...

OU PROTOCOLE DE DÉTRESSE

Si (précisez le symptôme) Nom et dosage (en mg) du.es. produit..s Voie d'administration : Fréquence et dose maximale /24 heures (en mg)
Si (précisez le symptôme) Nom et dosage (en mg) du.es. produit..s Voie d'administration : Fréquence et dose maximale /24 heures (en mg)
Si (précisez le symptôme) Nom et dosage (en mg) du.es. produit..s Voie d'administration : Fréquence et dose maximale /24 heures (en mg)
Si (précisez le symptôme) Nom et dosage (en mg) du.es. produit..s Voie d'administration : Fréquence et dose maximale /24 heures (en mg)
Date/Prescripteur (cachet-signature)

Démarches administratives

Forfait.s palliatif.s INAMI (domicile) ou Notification palliative (MR-MRS) Date d'acceptation 1° demande Date d'acceptation 2° demande (uniquement au domicile)
Notification de nursing palliatif (domicile uniquement) Date d'acceptation 1° demande
Autres

Sources

Fiche de prescription anticipée 2019 de l'équipe palliative de la CSD

La juste place du patient pour une échelle d'intervention, M. Marion, soinspalliatifs.be n° 2, mars 2009

http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/02trimestriel_0903_4.pdf

La planification anticipée des soins : la concertation entre les dispensateurs de soins, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et leurs proches, Fondation Roi Baudoin, mars 2009, p 17.

Conception du document-coordination du projet : Sandrine Jacques, coordinatrice PSPPL - Courriel : sandrine.jacques@psppl.be

Editeur responsable : Vincent Baro, président PSPPL - 10-12 Bd de l'Ourthe, 4032 Chénée - Tél : 04/342.35.12 - Courriel : info@psppl.be

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

Communications interdisciplinaires

[illegible]

[illegible]

GLS-SISD de Liège-Huy-Waremme

Bd Emile de Laveleye, 69
4020 LIEGEGroupement 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.

Bd Emile de Laveleye, 69 – BE-4020 LIEGE
Tél. et Fax : 04 226 88 64 - GSM : 0473 76 06 31
E-mail : gl.s.asbl@skynet.be - Site web : www.gls-soinsdesante.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 ☐ ne pas signer

→ 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	Éliminer 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 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 à domicile	
Service de biotélégilance	
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	

Documents nécessaires à la continuité de l'aide et des soins

Ces documents sont à glisser dans la pochette transparente

AVERTISSEMENT

Le **cahier de coordination pluridisciplinaire** est un **outil de communication interdisciplinaire** 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 réglementation 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

