



GLS-SISD de Liège-Huy-Waremme
Groupement Pluraliste Liégeois des Services
et Soins à Domicile SISD de Liège

INAMI 947-025-83-002 - ASBL 477.703.521

Rue de l'Aéroport, 52
4460 Grâce-Hollogne

GSM : 0473 76 06 31 31

E-mail : gls.asbl@skynet.be

Site web : www.gls-soinsdesante.be



SISDEF

Service Intégré de Soins à Domicile de l'Est Francophone

SISD Est Francophone
Service Intégrés de Soins à Domicile
de l'Est Francophone

INAMI 947-030-78-002 – ASBL 0873.855.677

Rue de la Marne 4
4800 Verviers

GSM : 0472 12 24 80

E-mail : info@sisdef.be

Site web : www.sisdef.be

Dossier de concertation de sante mentale adultes et personnes âgées (à renvoyer au GLS/SISD ou SISDEF)

Les informations contenues dans le présent document sont couvertes par le secret professionnel. Les informations **ne peuvent être partagées qu'entre les participants présents à la concertation et avec le médecin généraliste.** (Ce document contient 6 pages).

Conditions à remplir pour l'introduction du dossier :

1. Le patient présente-t-il une **problématique psychiatrique** pour laquelle un **diagnostic principal est posé sur base du DSM-IV, DSM-V ou ICD-10**, qui est (potentiellement) de nature répétitive, et considérée comme sérieuse en raison de

L'intensité ?	☐ OUI	☐ NON
Et/ou de la fréquence des symptômes ?	☐ OUI	☐ NON
Et/ou de la présence de comorbidité ?	☐ OUI	☐ NON

2. Le patient remplit-il **une** des conditions suivantes ?

Une hospitalisation d'au moins 14 jours : dans un hôpital psychiatrique, service psychiatrique d'un hôpital général, ou un autre service hospitalier (où le psychiatre est appelé en consultation), dans les 12 derniers mois ?	☐ OUI	☐ NON
Une prise en charge d'au moins 14 jours par une équipe mobile dans le cadre du projet psy107 ou par une équipe de soins psychiatrique à domicile (SPAD) organisé par une initiative d'habitation protégée, dans les 12 derniers mois ?	☐ OUI	☐ NON
Une prise en charge pendant 1 an par un psychiatre ou un centre de soins de santé mentale ?	☐ OUI	☐ NON

3. Le patient a-t-il perdu certaines aptitudes ou dispose-t-il d'aptitudes limitées ?
Si oui, cochez au moins trois dans la liste ci-dessous :

☐ Autonomie de base	☐ La langue et la communication	☐ Les connaissances scolaires
☐ Autonomie en matière de logement	☐ L'adaptation sociale	☐ La motricité
☐ Autonomie au sein de la collectivité	☐ Le travail	☐ Un comportement personnel adapté

Sont exclus les groupes qui se rapportent uniquement ou sont composés d'une combinaison exclusive des pathologies suivantes :

- Troubles neurologiques
- Autres troubles (causes médicales vasculaires ou traumatiques)
- Retard mental
- Démence
- Epilepsie

Les patients qui résident en maison de soins psychiatriques (MSP) sont également exclus.



Plan de soins

Données d'identification du patient

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Date de naissance :

(compléter ou apposer une vignette OA)

Numéro d'inscription OA :

Numéro national :

Lieu de vie (si différent du domicile) : Adresse :

Accord du patient pour la mise en place de réunions de concertation concernant sa situation

Je marque mon accord pour que les professionnels concernés par ma situation l'abordent lors de réunions de concertation.

Afin d'apporter ma contribution aux échanges et à la réflexion, je serai invité personnellement à participer à ces réunions de concertation.

Je suis libre d'accepter ou de refuser les propositions de soins et d'aide qui me seront faites.

Je reste également libre de m'adresser aux professionnels de soins et d'aide de mon choix.

Des professionnels intéressés par ce mode de travail en concertation pourront éventuellement être présents.

Pour accord,

Déclaration faite à

le

☐ Nom patient(e) ou ☐ de son représentant

Signature



à renvoyer
au GLS/SISD
ou SISDEF

Plan de soins

Déclaration du médecin (annexe 2)

Le soussigné, docteur en médecine,
porteur du numéro INAMI

déclare par la présente que pour le patient suivant :

Nom : Prénom :

il est question d'une problématique psychiatrique avec un diagnostic principal ¹:

- ☐ DSM IV TR
- ☐ DSMV
- ☐ ICD-10-CM

qui est de nature répétitive ou potentiellement de nature répétitive et qui est considérée comme sérieuse au vu de l'intensité et/ou de la fréquence des symptômes et/ou de la présence de comorbidité avec un diagnostic complémentaire :

- ☐ DSM IV TR
- ☐ DSMV
- ☐ ICD-10-CM

Date

Signature du médecin

Cachet

¹Exclus comme diagnostic principal: démence, autres troubles cognitifs d'origine médicales vasculaires ou traumatiques, épilepsie, retard mental, troubles neurologiques.



Plan de soins

Identification des dispensateurs d'aide et de soins des réunions de concertation

Lieu de la concertation : ☐ à domicile ☐ ailleurs : Date de la 1^{ère} concertation : Durée de la concertation :

Avec les personnes suivantes (*) :

Institution	NOM – Prénom et Discipline	N° INAMI	N° compte	Signature
Personne de référence				
			BE.....	
Prestataires de la santé mentale				
			BE.....	
			BE.....	
			BE.....	
			BE.....	
Prestataires de soins et d'aide à domicile				
			BE.....	
			BE.....	
			BE.....	
			BE.....	
Prestataires de soins et d'aide à domicile				
			BE.....	
			BE.....	

Organisateur de la réunion de concertation :

☐ GLS-SISD ☐ SISDEF

Signature

Suivi :

Date de la concertation suivante : / /

Heure : Lieu :

(*) Au moins 3 types différents de professionnels des soins de santé et dispensateurs d'aide et d'institutions différentes sont présents à la concertation dont au moins :

- un des professionnels (aide-soins) est une personne issue du secteur des soins de santé mentale
- un des prestataires (aide-soins) fait partie des soins de première ligne OU d'un service d'aide aux personnes agréé par les Régions ou Communautés compétentes ;
- le médecin généraliste est toujours invité à la concertation (si le patient en a un). Sa présence est souhaitée mais pas obligatoire.
- une deuxième concertation doit être planifiée dans les 12 mois qui suivent la première concertation.



Plan de Services individualisé

Date :

Les informations contenues dans le PSI sont couvertes par le secret professionnel.
Le partage d'informations est nécessité par la seule poursuite des objectifs élaborés dans celui-ci.

Identité de l'utilisateur : (* voir bas de page)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Représentants légaux :

Nom :

Prénom :

Référent PSI : (convoque et anime la réunion, rédige le PSI)

Nom :

Prénom :

Date 1^{er} PSI :

Identification des services et des personnes concernées (y compris l'utilisateur et les proches) :

Dénomination	Personne de contact et fonction	Adresse de contact du service	Téléphone/mail	Disponibilités	Présent

1. DESCRIPTION DE LA SITUATION ET DES FACTEURS CONSTITUTIFS

(état des lieux pragmatique - points positifs et négatifs - sans élément de type diagnostic médical)

1. FINALITÉ (résultats attendus de l'intervention commune, envisagés sur le long terme)

☐ amélioration de la sante ☐ insertion sociale ☐ insertion ☐ a caractère professionnel

☐ autre :

2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

* La gestion de la confidentialité concernant l'identité de l'utilisateur incombe à chaque service partenaire



4. bis

Disposition de crise :

5. Prochain P.S.I. :

² Pas d'application lors du premier remplissage