



Dossier de Concertation Multidisciplinaire

SISDEF asbl
Service Intégré de Soins à Domicile de l'Est Francophone

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) Transmettre une copie du rapport d'évaluation mentionnant les noms du patient et des dispensateurs de soins ou d'aide concernés, 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.

Données d'identification du patient (Compléter ou apposer une vignette de l'OA)

Nom et prénom.....

Adresse :

Numéro de téléphone :.....

Date de naissance :

Numéro d'inscription OA + **MUTUELLE**:

Numéro national :

Patient DAP oui non

Patient EVP oui (*) non

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

Formulaire d'acceptation de la réunion de concertation.

Je soussigné..... (Nom du patient ou nom et adresse du représentant)

accepte la réunion de concertation

souhaite participer à la concertation ne souhaite pas participer à la concertation

Date de la concertation multidisciplinaire :

Lieu de la concertation :

à domicile

dans un centre hospitalier d'expertise

ailleurs

Signature :.....

patient

représentant légal du patient

Signature du rédacteur du dossier : **Fonction** :

DISPENSATEURS DE SOINS présents lors de la concertation¹ :

| | |
|--|--|
| Nom et prénom :..... Discipline :..... N° INAMI : N° COMPTE : | Nom et prénom :..... Discipline :..... N° INAMI : N° COMPTE : |
| Signature : | Signature : |
| Nom et prénom :..... Discipline :..... N° INAMI : N° COMPTE : | Nom et prénom :..... Discipline :..... N° INAMI : N° COMPTE : |
| Signature : | Signature : |

DISPENSATEURS D'AIDE présents lors de la concertation ¹:

| | |
|--|--|
| Nom et prénom :..... Discipline :..... Signature : | Nom et prénom :..... Discipline :..... Signature : |
| Nom et prénom :..... Discipline :..... Signature : | Nom et prénom :..... Discipline :..... Signature : |

Réseau informel présent lors de la concertation :

| | |
|--|--|
| Nom et prénom :..... Discipline :..... Signature : | Nom et prénom :..... Discipline :..... Signature : |
| Nom et prénom :..... Discipline :..... Signature : | Nom et prénom :..... Discipline :..... Signature : |

¹ En signant ce document, les dispensateurs de soins et d'aide donnent leur accord sur la concertation.

Déclaration du médecin généraliste

Je soussigné, Docteurcertifie que M/Mme (nom et prénom)
.....

- Séjourne à domicile et restera encore au moins un mois à domicile avec une diminution d'autonomie physique.
- Est admis(e) en institution où son retour à domicile est programmé dans un délai de 8 jours et restera encore au moins un mois à domicile avec une diminution d'autonomie physique.

(Cochez d'une croix la mention correspondante)

Remarque :

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

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 soins 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 couché | | | |
| | 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: Etat, continuité et qualité de la conscience; état de conscience de soi et de vigilance, y clarté et la continuité de l'état de veille. | | |
| B 114 | Fonctions d'orientation: Connaissance et établissement de relation avec soi-même, les autres, le temps et son environnement. | | |
| B 144 | Fonctions de la mémoire: Enregistrement et 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 | Adaptation |
|---------------------|---------------------|------------|
| Médecin Généraliste | | |
| Infirmier(e) | | |
| Kinésithérapeute | | |
| Logopède | | |
| Pharmacien | | |
| Autres (à préciser) | | |

- **Les dispensateurs d'aide:**

| Service(s) ou personne(s) | Tâches et fréquence | Adaptation |
|-----------------------------------|---------------------|------------|
| Service d'aides familiales | | |
| Service d'aides ménagères | | |
| Service de garde-malade | | |
| Biotélévigilance | | |
| Repas à domicile | | |
| Service social | | |
| Service d'aménagement du domicile | | |
| Autres | | |

- **Autres (à préciser)**

| Service(s) ou personne(s) | Tâches et fréquence | Adaptation |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------|
| Nom-Prénom | | |
| Nom-Prénom | | |
| Nom-Prénom | | |

- **Compléments d'information :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Réservé au SISD

Date de réception :

Dossier n° :