



Asbl 873.855.677

INAMI 947-030-78-002

Rue de la Marne 4 • 4800 Verviers

GSM : 0472/12 24 80

[www.sisdef.be](http://www.sisdef.be)

# **Dossier de concertation autour du patient psychiatrique.**

Plan d'accompagnement.

**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 :

---

**ACCORD DU PATIENT**

Je suis informé ce jour, ..... , qu'une concertation peut avoir lieu entre le médecin généraliste, le médecin psychiatre, entourés d'autres partenaires, pour améliorer le suivi de ma maladie.

Je souhaite bénéficier de cette nouvelle façon de faire.

Je donne mon accord pour que cette coordination se mette en place et que les intervenants échangent les informations nécessaires à l'aide que je pourrais recevoir, et au traitement qui serait jugé utile.

Je pourrai aussi renoncer à cette modalité d'aide en le signalant simplement à mon médecin traitant ou à la personne qui coordonne le projet.

Pour accord,

(Nom du patient) .....

Signature :

## **1. Données concernant le groupe cible**

### **A. Contact préalable soins de santé mentale**

Le patient a eu un contact préalable avec les soins de santé mentale dans le cadre d'affection psychiatrique qui satisfait à au moins une des conditions suivantes :

- Au cours de l'année écoulée

- a été hospitalisé pendant au moins 14 jours dans un hôpital psychiatrique, SPHG ou service K ;

ou

- a été pris en charge pendant au moins 14 jours par une équipe mobile dans le cadre de l'« Article 107 ».

ou

- a été pris en charge pendant au moins 14 jours d'un projet outreach pour enfants et adolescent financé par le SPF Santé publique, au plus tard un an auparavant

ou

- A été hospitalisé pendant au moins 14 jours dans un autre service hospitalier que ceux mentionnés ci-devant, où un psychiatre a été appelé en consultation (numéros de la nomenclature 599443, 599465, 596562 ou 596584).

ou

- Pour les enfants et adolescents: un accompagnement d'au moins 6 mois dans un service de santé mentale, au plus tard un an auparavant ou une inscription par la police, le parquet ou le juge de la jeunesse au plus tard un mois auparavant

ou

- une prise en charge pendant au moins 14 jours par une équipe de soins psychiatriques à domicile depuis une initiative d'habitation protégée

ou

- pour les adultes : une prise en charge pendant un an par un psychiatre ou un centre de soins de santé mentale

ou

- pour les enfants et adolescents : une prise en charge pendant six mois par un pédopsychiatre ou un centre de soins de santé mentale

## **B. Aptitudes**

- Pour les enfants et les adolescents: consécutivement à l'affection psychiatrique, perte de certaines aptitudes ou ne dispose que d'aptitudes limitées dans au moins trois des domaines suivants: autonomie de base, autonomie au sein de la collectivité, la langue et la communication, le fonctionnement au sein de la famille ou le contexte de la famille de substitution, l'adaptation sociale, l'école, la motricité et/ou un comportement personnel adapté.
  - oui
  - non
- Pour les adultes: consécutivement à l'affection psychiatrique, perte de certaines aptitudes ou ne dispose que d'aptitudes limitées dans au moins trois des domaines suivants: autonomie de base, l'autonomie en matière de logement, l'autonomie au sein de la collectivité, la langue et la communication, l'adaptation sociale, le travail, les connaissances scolaires, la motricité et/ ou un comportement personnel adapté.
  - oui
  - non

Les participants à la concertation établissent que pour le patient un plan d'accompagnement d'une durée minimale de 12 mois est nécessaire afin d'accorder les soins.

### **Important :**

L'annexe 1 doit obligatoirement être remplie par le médecin du patient et renouvelée chaque année à la date anniversaire de la toute première concertation.

## **2. Données concernant les réunions de concertation**

**Première concertation [date] :** ..... /...../.....

**Participants**

Nom	Discipline et institution/service	Numéro INAMI	N° compte
(Personne de référence !)			

**Données pratiques**

La concertation a eu lieu le .... /...../.....

- au domicile du patient
- ailleurs

Durée de la concertation: .....

Suivi:

- Pas de concertation
- Date de la concertation suivante: ..... / ..... / .....

**Organisateur**

Nom.....

Organisation.....

Signature .....

**Deuxième concertation [date] :** ..... /...../.....

**Troisième concertation [date] :** ..... /...../.....

## Déclaration du médecin

Le soussigné, ....., docteur en médecine,

porteur du numéro INAMI.....

déclare par la présente que pour le patient suivant : .....

il est question d'une problématique psychiatrique avec un diagnostic principal<sup>1</sup>:

DSM IV TR ..... ou DSMV ..... ou 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 ..... ou DSMV ..... ou ICD-10-CM ..... ,

Date

..... / ..... / .....

Signature du médecin

---

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

Réunion de concertation du / / 20....

Compte rendu de la situation actuelle et résultat des objectifs fixés :

**Plan de prise en charge du    /    /20...**

**Date de la prochaine concertation :    /    /20....**

Cibles/objectifs	Données  Actions	Prestataire concerné
Cibles/objectifs	Données  Actions	Prestataire concerné

Cibles/objectifs	Données  Actions	Prestataire concerné
Cibles/objectifs	Données  Actions	Prestataire concerné

**Fiche signalétique des intervenants (obligatoire)**

Nom du patient :

Nom Prénom	Discipline	N° téléphone	Mail	Disponibilités	A prévenir en cas d'hospitalisation (cocher la case)