

Mon Cahier de Coordination Pluridisciplinaire

Ce cahier est la propriété du patient.

Mon identité

N° de dossier :

Vignette de mutuelle

Nom et prénom :

Adresse :

n°

Code postal :

Commune :

Tél. :

Mail :

Numéro National :

Numéro carte identité :

Mon entourage / Aidant proche :

Nom et prénom :

Lien :

Tél. :

Mail :

Nom et prénom :

Lien :

Tél. :

Mail :

Nom et prénom :

Lien :

Tél. :

Mail :

Numéros d'appel d'urgence :



101

Aide policière d'urgence



112

Urgences médicales et services d'incendie



070/ 245 245

Centre anti-poisons

1733

Poste de garde médical

Proposé par GLS-SISD et SISDEF



SISDEF

Service intégré de Soins à Domicile de FES Francophone

IMPORTANT

Explication Cahier de coordination

Le cahier de coordination pluridisciplinaire est un outil de communication interdisciplinaire destiné à faciliter la prise en charge des patients à domicile.

Définition et objectif : ce cahier permet de communiquer des informations utiles et nécessaires à propos d'un patient, de partager des observations et des réflexions pour garantir la continuité des soins et de l'aide à domicile.

Propriété et accès : centré sur les besoins du patient, ce cahier appartient au patient et reste à son domicile, permettant ainsi au patient et à son entourage d'y accéder librement.

Utilisation : les intervenants notent les observations importantes concernant le bien-être du patient, en veillant à respecter la confidentialité et la clarté des informations.

Communication : le cahier ne remplace pas la communication verbale. Les contacts directs restent nécessaires pour des informations précises et pour discuter des problèmes ou difficultés rencontrés.

Le caractère pluridisciplinaire signifie que ce cahier est utilisé par différents professionnels de santé, tels que les médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, aides familiales et autres intervenants, pour coordonner leurs actions et assurer une prise en charge globale et cohérente du patient. Cela permet de travailler ensemble de manière efficace et de répondre aux besoins du patient de manière holistique.

Le patient et sa famille jouent un rôle important dans l'information et la communication, en pouvant ajouter des remarques et observations pertinentes.

Ce cahier est essentiel pour favoriser une coordination efficace entre le patient, son entourage et les professionnels.

Droits du patient :

En Belgique, la loi du 22 août 2002, modifiée par la loi du 6 février 2024, garantit aux patients des soins de qualité et le libre choix de leur praticien. Les patients doivent être informés clairement sur leur état de santé et donner leur consentement éclairé avant tout traitement. Ils ont également le droit d'accéder à leur dossier médical et de voir leurs informations de santé protégées. En cas de plainte, un service de médiation est disponible pour résoudre les conflits avec les professionnels de santé.



Voir la vidéo :

Table des matières

- 4 > 6 Ce qui est important pour moi...
- 7 > 11 Identification de mon équipe d'aide et de soins à domicile et de mes autres services
- 13 > 17 Mes rendez-vous
- 19 > 23 Mes feuilles de traitement médicamenteux
- 25 > 27 Synthèse des déclarations anticipées
- 29 > 33 Prescription de soins infirmiers - Protocole d'urgence
- 35 > 41 En cas d'hospitalisation
- 43 > 57 Mon plan d'aide et de soins
- 59 > 99 Communications interdisciplinaires
- 101 > 107 Dossier de concertation multidisciplinaire
- 109 > 115 Dossier de concertation multidisciplinaire santé mentale
- 117 > 119 Documents nécessaires à la continuité de l'aide et des soins

Ce qui est important pour moi...

Dans cette partie du Cahier, vous pouvez partager des informations concernant les éléments importants de votre histoire, ce qui est important pour vous, et les valeurs qui vous habitent. Cela permettra à votre entourage et aux soignants et aidants de mieux vous connaître, de mieux comprendre et respecter vos choix, en fonction de ce que vous avez vécu tout au long de votre vie, de qui est important pour vous aujourd'hui, ou de vos projets pour l'avenir.

Les différents thèmes ne doivent pas être considérés comme exhaustifs. Libre à vous d'en remplir certains et pas d'autres, et d'ajouter des rubriques qui sont importantes pour vous.

MES LOISIRS, PASSIONS, PASSE-TEMPS, MES CENTRES D'INTÉRÊT

CE QUI M'ANIME POUR LE MOMENT, CE QUI ME MET EN JOIE

Quel est mon moteur, ce qui me donne envie de me lever le matin, ou de démarrer ma semaine ?
Qu'est-ce qui me rend heureux ?

MES MOMENTS-CLÉS, MON EXPÉRIENCE DE VIE

Quels sont les événements marquants de ma vie (personnelle, familiale, amicale, professionnelle), mes vécus ou mes réalisations importantes ?

MON AVENIR : CE À QUOI J'ASPIRE ?

Quels sont mes projets, mes envies ?
ou ce que je voudrais préserver le plus longtemps possible ?

QUE SIGNIFIE POUR MOI UN ACCOMPAGNEMENT QUI ME RESPECTE ?

Ce qui est important pour moi...

MES HABITUDES DE VIE, CE QUE JE VOUDRAIS QU'ON PRENNE EN COMPTE

Matin :

.....
.....

Midi :

.....
.....

Après-midi :

.....
.....

Soir :

.....
.....

**AU NIVEAU SENSORIEL...
CE QUE J'APPRECIE SI JE NE SAIS PLUS M'EXPRIMER**

Vue :

.....
.....

Parfum :

.....
.....

Toucher :

.....
.....

Audition :

.....
.....

Goût :

.....
.....

Ce qui est important pour moi...

D'AUTRES CHOSES QUE JE VOUDRAIS PARTAGER :

Ici, vous pouvez ajouter des informations, ou laisser libre cours à votre imagination (écriture, expression créative - dessin, photos, etc...) pour que cette page vous ressemble.



Identification de mon équipe d'aide et de soins à domicile et de mes autres services



Cette partie permet de :

- › Disposer d'une vue claire sur l'équipe en place : tout le monde sait qui intervient auprès du patient et dans quel rôle.
- › Savoir à tout moment qui contacter en cas de besoin : en cas d'urgence ou de question, les bonnes personnes sont identifiées immédiatement.

Mon équipe d'aide et de soins à domicile

Mon médecin généraliste

Nom :

Tél. :

Prénom :

Mail :

Consultations :

.....

Mon infirmier(e) ou du service infirmier

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Service :

Mon kinésithérapeute

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Service :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Service :

Mon pharmacien

Nom :

Tél. :

Mail :

Ouvert de à et de à

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Service :

Mon psychologue

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Service :

Mon service de coordination

.....

Nom : Tél. :

Prénom : Mail :

Mon service d'aides familiales

.....

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Mon service d'aide(s) ménagère(s)

.....

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Mon service de garde à domicile

.....

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Mon service des repas

.....

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Mon équipe d'aide et de soins à domicile

Autres : télévigilance, service social, prêt matériel, équipe de soutien, transport, ergothérapeute, logopède, pédicure, podologue, laboratoire, oxygénothérapie, ...

Métier :

Service :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Métier :

Service :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Métier :

Service :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Métier :

Service :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Métier :

Service :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Métier :

Service :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Mon équipe d'aide et de soins à domicile

Métier :

Service :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Métier :

Service :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Métier :

Service :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Métier :

Service :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Hôpital de référence :

Nom :

Médecin(s) spécialiste(s) :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Notes

A large rectangular area with a red border, containing 25 horizontal dotted lines for writing notes.

Mes rendez-vous



Cette partie permet de :

- › Visualiser facilement l'ensemble des rendez-vous prévus et éviter les oublis : tout est regroupé au même endroit.

Mes rendez-vous

Date	Heure	Lieu	Commentaire

Mes rendez-vous

Date	Heure	Lieu	Commentaire

Notes

A large rectangular area with a light green border and rounded corners, containing 25 horizontal dotted lines for writing notes.

Mes feuilles de traitement médicamenteux



Cette partie permet de :

- Sécuriser la prise des médicaments et éviter les erreurs de médication.

Ma feuille de traitement médicamenteux

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Mutuelle :

BIM : oui /non

**Écrire
en
imprimé**

Nom du médicament et dosage	Forme	Déjeuner	Dîner	Goûter	Souper	Coucher	Remarques

Commentaires :

Date :

Par :

Tél. :

Cachet et signature du médecin responsable

Ma feuille de traitement médicamenteux

Nom :
Prénom :
Adresse :

Date de naissance :
Mutuelle :
BIM : oui /non

Écrire
en
imprimé

Nom du médicament et dosage	Forme	Déjeuner	Dîner	Goûter	Souper	Coucher	Remarques

Commentaires :
Date :
Par :
Tél. :

Cachet et signature du médecin responsable

Ma feuille de traitement médicamenteux

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Mutuelle :

BIM : oui /non

**Écrire
en
imprimé**

Nom du médicament et dosage	Forme	Déjeuner	Dîner	Goûter	Souper	Coucher	Remarques

Commentaires :

Date :

Par :

Tél. :

Cachet et signature du médecin responsable

Ma feuille de traitement médicamenteux

Nom :
Prénom :
Adresse :

Date de naissance :
Mutuelle :
BIM : oui /non

Écrire
en
imprimé

Nom du médicament et dosage	Forme	Déjeuner	Dîner	Goûter	Souper	Coucher	Remarques

Commentaires :
Date :
Par :
Tél. :

Cachet et signature du médecin responsable

Notes

A large rectangular area with a green border, containing 25 horizontal dotted lines for writing notes.

Synthèse des déclarations anticipées



Cette partie permet de :

- › Centraliser les volontés anticipées de la personne.
- › Identifier les personnes de référence (personne de confiance, mandataire de santé).
- › Faciliter la connaissance des choix du patient.

Démarches administratives :

Forfait.s palliatif.s INAMI (domicile) ou Notification palliative (MR-MRS)

Date d'acceptation 1° demande

Date : / /

Date d'acceptation 2° demande

Date : / /

(uniquement au domicile)

Notification de nursing palliatif

Date d'acceptation 1° demande

Date : / /

(uniquement au domicile)

Autres :

.....

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				

Démarches administratives :

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

Synthèse des déclarations anticipées

M. / Mme réalise le
 par
 en présence de

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

Proche.s informé.s du projet de soins :

OUI NON

Personne.s référen.te.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) :

Notes

A large rectangular area with a dotted line border, intended for writing notes.



Prescription de soins infirmiers - Protocole d'urgence



Cette partie permet de :

- Réagir rapidement avec des consignes précises : en cas d'urgence, les intervenants savent immédiatement quoi faire sans perte de temps.





Prescription de soins infirmiers - Protocole d'urgence

Je soussigné.e,

Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de

A besoin d'une infirmière à partir du jusqu'au

Si douleur	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si nausées et/ou vomissements	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si diarrhée	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si constipation	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si Dyspnée	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si encombrement bronchique	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si angoisse et/ou anxiété	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si saignements	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Autres	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h

Nom, cachet, numéro INAMI

Date et signature





Prescription de soins infirmiers - Protocole d'urgence

Je soussigné.e,

Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de

A besoin d'une infirmière à partir du jusqu'au

Si douleur	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si nausées et/ou vomissements	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si diarrhée	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si constipation	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si Dyspnée	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si encombrement bronchique	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si angoisse et/ou anxiété	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Si saignements	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h
Autres	Nom et dosage du produit Voie d'administration Fréquence Dosage maximal/24h

Nom, cachet, numéro INAMI

Date et signature



Notes

A large rectangular area with a blue border and rounded corners, containing 25 horizontal dotted lines for writing notes.

En cas d'hospitalisation



Cette partie permet de :

- › Garantir la transmission des informations importantes concernant le patient et faciliter la coordination entre l'hôpital et le domicile.



En cas d'hospitalisation :

Informations utiles afin d'assurer la continuité de l'aide et des soins

Date : / /

Identité du patient ou vignette de mutuelle

Personne de contact en lien avec le patient :

Nom : Tél. :

Prénom : Mail :

Lien de parenté :

Médecin :

Nom. :

Tél.:

Autre :

Nom. :

Tél.:

Infirmier :

Nom. :

Tél.:

Nom. :

Tél.:

Coordination :

Nom. :

Tél.:

Nom. :

Tél.:

Contexte à domicile :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Contexte d'hospitalisation :

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement :

Médicament	Médicament

Infos complémentaires :

.....

.....





En cas d'hospitalisation :

Informations utiles afin d'assurer la continuité de l'aide et des soins

Date : / /

Identité du patient ou vignette de mutuelle

Personne de contact en lien avec le patient :

Nom : Tél. :

Prénom : Mail :

Lien de parenté :

Médecin :

Nom. :

Tél.:

Autre :

Nom. :

Tél.:

Infirmier :

Nom. :

Tél.:

Nom. :

Tél.:

Coordination :

Nom. :

Tél.:

Nom. :

Tél.:

Contexte à domicile :

.....

.....

.....

.....

.....

Contexte d'hospitalisation :

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement :

Médicament	Médicament

Infos complémentaires :

.....

.....





En cas d'hospitalisation :

Informations utiles afin d'assurer la continuité de l'aide et des soins

Date : / /

Identité du patient ou vignette de mutuelle

Personne de contact en lien avec le patient :

Nom : Tél. :

Prénom : Mail :

Lien de parenté :

Médecin :

Nom. :

Tél.:

Autre :

Nom. :

Tél.:

Infirmier :

Nom. :

Tél.:

Nom. :

Tél.:

Coordination :

Nom. :

Tél.:

Nom. :

Tél.:

Contexte à domicile :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Contexte d'hospitalisation :

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement :

Médicament	Médicament

Infos complémentaires :

.....

.....



Notes

A large rectangular area with a light blue border and rounded corners, containing 25 horizontal dotted lines for writing notes.

Mon plan d'aide et de soins



Cette partie permet de :

- Mieux identifier et répondre aux besoins et objectifs réels : le plan permet de cibler ce qui est vraiment nécessaire pour le patient.
- Assurer une organisation claire et ajustée en continu : la répartition des tâches reste structurée, même quand la situation évolue.

Nom :

Information importantes :
.....
.....
.....
.....

Planification des prestations :

Mois :

	LU	MA	ME	JE	VEN	SA	DI
MAT							
MIDI							
APM							
SOIR							
NUIT							

Métier	Tâches effectuées	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	Courses																																			
	Toilette																																			
	Repas																																			
	Linge																																			
	Entretien																																			
	Démarches administratives																																			
	Accompagnement																																			
	Injection																																			
	Pansement																																			
	Dialyse																																			
	Semaineier																																			
	Administration du traitement																																			
	Autres :																																			

Nom :

Informations importantes :

.....

.....

.....

.....

.....

Planification des prestations :

Mois :

	LU	MA	ME	JE	VEN	SA	DI
MAT							
MIDI							
APM							
SOIR							
NUIT							

Métier	Tâches effectuées	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	Courses																																		
	Toilette																																		
	Repas																																		
	Linge																																		
	Entretien																																		
	Démarches administratives																																		
	Accompagnement																																		
	Injection																																		
	Pansement																																		
	Dialyse																																		
	Semainier																																		
	Administration du traitement																																		
	Autres :																																		

Nom :

Informations importantes :
.....
.....
.....
.....
.....

Planification des prestations :

Mois :

	LU	MA	ME	JE	VEN	SA	DI
MAT							
MIDI							
APM							
SOIR							
NUIT							

Métier	Tâches effectuées	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	Courses																																		
	Toilette																																		
	Repas																																		
	Linge																																		
	Entretien																																		
	Démarches administratives																																		
	Accompagnement																																		
	Injection																																		
	Pansement																																		
	Dialyse																																		
	Semainier																																		
	Administration du traitement																																		
	Autres :																																		

Nom :

Informations importantes :
.....
.....
.....
.....
.....

Planification des prestations :

Mois :

	LU	MA	ME	JE	VEN	SA	DI
MAT							
MIDI							
APM							
SOIR							
NUIT							

Métier	Tâches effectuées	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	Courses																																
	Toilette																																
	Repas																																
	Linge																																
	Entretien																																
	Démarches administratives																																
	Accompagnement																																
	Injection																																
	Pansement																																
	Dialyse																																
	Semainier																																
	Administration du traitement																																
	Autres :																																

Nom :

Informations importantes :

.....

.....

.....

.....

Planification des prestations :

Mois :

	LU	MA	ME	JE	VEN	SA	DI
MAT							
MIDI							
APM							
SOIR							
NUIT							

Métier	Tâches effectuées	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
	Courses																																						
	Toilette																																						
	Repas																																						
	Linge																																						
	Entretien																																						
	Démarches administratives																																						
	Accompagnement																																						
	Injection																																						
	Pansement																																						
	Dialyse																																						
	Semainier																																						
	Administration du traitement																																						
	Autres :																																						

Nom :

Informations importantes :

.....

.....

.....

.....

Planification des prestations :

Mois :

	LU	MA	ME	JE	VEN	SA	DI
MAT							
MIDI							
APM							
SOIR							
NUIT							

Métier	Tâches effectuées	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
	Courses																																					
	Toilette																																					
	Repas																																					
	Linge																																					
	Entretien																																					
	Démarches administratives																																					
	Accompagnement																																					
	Injection																																					
	Pansement																																					
	Dialyse																																					
	Semainier																																					
	Administration du traitement																																					
	Autres :																																					

Notes

A large rectangular area with a blue border and rounded corners, containing 25 horizontal dotted lines for writing notes.

Communications interdisciplinaires



Cette partie permet de :

- › Partager des informations utiles et nécessaires entre professionnels, patient et entourage.
- › Garantit la continuité de l'aide et des soins à domicile et implique le patient et ses proches dans la prise en charge.

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Date	Nom Profession	Message	Adressé à	Paraphe après lecture

Notes

A large rectangular area with a blue border and rounded corners, containing 25 horizontal dotted lines for writing notes.

Dossier de concertation multidisciplinaire



Cette partie permet :

- › D'encourager le travail pluridisciplinaire et d'aider les prestataires de 1^{ère} ligne à prendre en charge au domicile des patients en situation complexe, tout en favorisant la qualité de l'aide et des soins.



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 MULTIDISCIPLINAIRE

Plan de soins

Pour mémoire :

Le service intégré de soins à domicile organise et valide la concertation. Pour qu'il 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.



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 :

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 :

Prénom :

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
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			
<input type="radio"/> GLS - SISD de Liège			
<input type="radio"/> SISD Est Francophone			

Signature :

patient

représentant légal du patient

Signature du rédacteur du dossier :



Plan de soins

1 Déclaration du médecin généraliste

Je soussigné, _____, Docteur en médecine,
certifie par la présente _____
que mon patient :

Nom :

Prénom :

Domicilié à

Adresse :

Séjourne

- à domicile
- 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



Plan de soins

2 | Motifs de la concertation

Suivi pour évolution

Sortie de l'hôpital

Difficultés

Autres (à préciser)

3 | 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. AIVJ	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			



Plan de soins

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 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 114		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		
D 750		Famille élargie		
E 315		Amis		
E 320		Relations familiales		
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		



Plan de soins

4 | 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	

Dossier de concertation de sante mentale adultes et personnes âgées



Cette partie permet de :

- › Réunir des personnes concernées (famille, proches, professionnels de la santé et dispensateurs d'aide, ...) par la santé d'une personne qui présente des troubles psychiatriques dans une situation complexe. Situation qui nécessite de créer des lieux de partage et d'échange.



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 ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Et/ou de la fréquence des symptômes ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Et/ou de la présence de comorbidité ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> 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 :

<input type="radio"/> Autonomie de base	<input type="radio"/> La langue et la communication	<input type="radio"/> Les connaissances scolaires
<input type="radio"/> Autonomie en matière de logement	<input type="radio"/> L'adaptation sociale	<input type="radio"/> La motricité
<input type="radio"/> Autonomie au sein de la collectivité	<input type="radio"/> Le travail	<input type="radio"/> Un comportement personnel adapté

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

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

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.





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

Lieu de la concertation : à domicile ailleurs : _____

Date de la 1ère 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. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

Objectif (définir sous forme d'un comportement attendu de l'utilisateur)	Ressources	Echéance de réévaluation	Evaluation des objectifs ²	Commentaires

4. bis

Disposition de crise :

5. Prochain P.S.I. :

² Pas d'application lors du premier remplissage

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



Cette partie permet de :

- › Rassembler les documents clés (CI, schéma de médication, cartes de contacts à dom. , ...).

Dans une pochette :

- Carte d'identité
- Schéma de médication
- Carte contact à dom
- Guide pratique
- ...

Bibliothèque :

Bibliothèque de documents

Scannez le code QR et trouvez des documents en lien avec le domaine Psycho-Médico-Social. Comme par exemple :

- Les documents de concertation
- Les annexes de mobilité
- Le cahier de coordination pluridisciplinaire
- PSPA
- Echelle de Katz
- Formulaire forfait : Soins Palliatifs, incontinence, oxygène à domicile
- ...

Cette bibliothèque se veut participative, n'hésitez pas à y soumettre des documents que vous jugez utiles de partager.

Tous les documents sont téléchargeables, vous avez également la possibilité de les envoyer par mail, à vous et/ou à d'autres professionnels.

Où se procurer un nouveau cahier de coordination ?

Via vos prestataires d'aide et de soins

Où

GLS-SISD
Liège-Huy-Waremme
Rue de l'Aéroport, 52
à 4460 Grâce-Hollogne

GSM : 0473 76 06 31

E-mail : gls.asbl@skynet.be

www.gls-soinsdesante.be

SISDEF
SISD Est Francophone
Rue de la Marne 4
4800 Verviers

GSM : 0472 12 24 80

E-mail : info@sisdef.be

www.sisdef.be