

Asbl 873.855.677

INAMI 947-030-78-002

Rue de la Marne 4 - 4800 Verviers

Tel : 087/29.20.20 - GSM : 0497/497 013

www.sisdef.be

Dossier de concertation en santé mentale.

*Plan d'accompagnement
Enfants et Adolescents*

Données d'identification du patient

(Compléter ou apposer une vignette de l'OA)

Nom et prénom de l'enfant : -----

Noms et prénoms des parents et/ou représentants légaux : -----

Adresse : -----

Numéro de téléphone : -----

Date de naissance : -----

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

Numéro national : -----

Adresse du lieu de vie (**si différent du domicile**) : -----

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

Annexe 1 (suite)

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.

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 principal¹:

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 ,

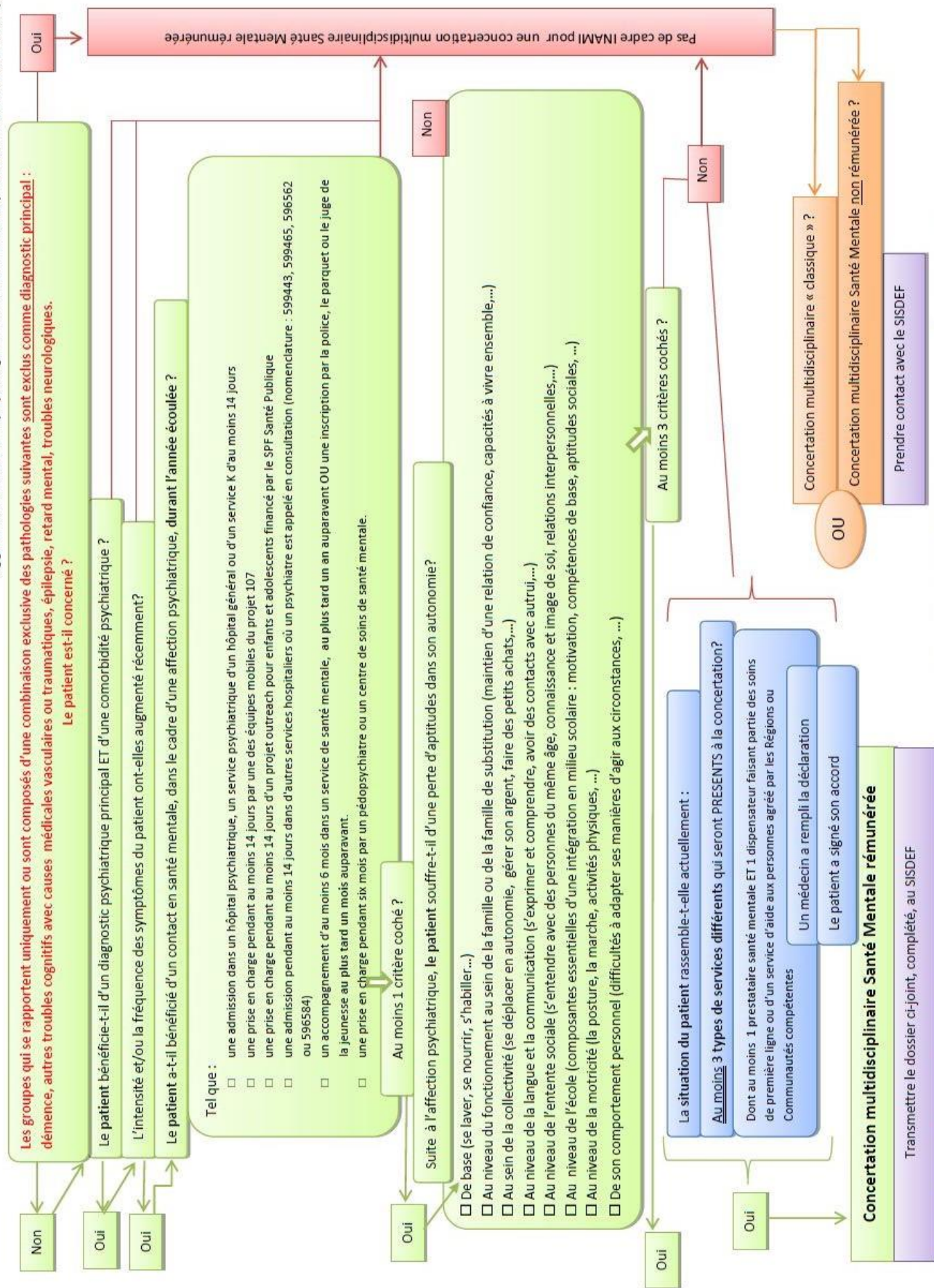
Date

..... / /

Signature du médecin

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

Concertation autour du patient psychiatrique : logigramme d'inclusion « enfants/adolescents ».



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

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] : /...../.....

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

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

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	À prévenir en cas d'hospitalisation (cocher la case)