



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		

