



Dossier de concertation

- Version du 23/01/2015 -

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU PATIENT (compléter ou apposer une vignette organisme assureur)

NOM - Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

N° d'inscription organisme assureur :

Collez ici la vignette mutuelle

Ce dossier est établi dans le cadre de la concertation multidisciplinaire facturée par le SISD et financée par l'INAMI.

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 16 novembre 2005 modifiant celui du 14 mai 2003 :**

1. Une déclaration du médecin généraliste certifiant que le patient séjourne à domicile ou est admis dans une institution où un retour à domicile est planifié dans un délai de 8 jours et pour laquelle on suppose qu'il restera encore au moins un mois à domicile avec une diminution d'autonomie physique comme décrit dans la définition donnée à l'article 1^{er}, 8^o de l'Arrêté Royal susmentionné.
2. L'accord du patient ou 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 concernés, signé par ces dispensateurs de soins ou d'aide.
4. Le plan de soins élaboré sur base de la grille RAI (Residence Assessment Instrument) 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 l'identification de la personne qui rédige le plan de soins.

DOSSIER N° ... /2015



Service Intégré de Soins à Domicile Carolo asbl

boulevard Zoé Drion 1 (2^{ème} étage)
6000 CHARLEROI

Partie 1 : accord du patient

Formulaire d'accord « patient »

Je soussigné patient
 représentant du patient

Coordonnées du représentant :

NOM : **Prénom** :

Adresse : **CP/Localité** :

Lien de parenté avec le patient

Merci de cocher les cases adéquates

- accepte la réunion de concertation
 n'accepte pas la réunion de concertation

ET

- souhaite participer à la réunion de concertation
 ne souhaite pas participer à la réunion de concertation

Date : .. / .. /

Signatures :

Le patient ou son représentant

Le SISD

DOSSIER N° ... /2015

Page 2/21



Partie 2 : attestation du médecin généraliste

Déclaration du médecin généraliste

Je soussigné(e),, docteur en médecine, certifie par la présente que Mme, Mr
séjourne à domicile ou est admis(e) dans une institution où un retour à domicile est planifié dans un délai de 8 jours et pour lequel(laquelle) on suppose qu'il(elle) restera encore au moins 1 mois à domicile avec une diminution d'autonomie physique.

Faite à, le

Signature et cachet

DOSSIER N° ... /2015

Page 3/21

Partie 3 : plan de soins

InterRAI-HC

InterRAI soins à domicile (HC)

(coder l'état durant les 3 derniers jours, sauf autre indication)

SECTION A : INFORMATIONS D'IDENTIFICATION

1) NOM

2 premières lettres du nom / - / - / 1^{ère} lettre du prénom / - /

2) SEXE

1. Masculin 2. Féminin

3) DATE DE NAISSANCE

Jour - mois - année

		-			-					
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

4) ETAT MATRIMONIAL

1. Jamais marié/e
2. Marié/e
3. Vivant maritalement
4. Veuf/ve
5. Séparé/e
6. Divorcé/e

5) N° D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6) IDENTIFICATION DU SERVICE (en clair)

7) SOURCES DE PAIEMENT

(à qui la facture est-elle adressée ?)

0. Non 1. Oui

- a. Client
- b. Famille
- c. Assurance maladie
- d. Aide sociale
- e. APA (F)
- f. Autre

8) RAISON DE L'EVALUATION

1. Evaluation initiale
2. Réévaluation de routine
3. Evaluation de retour - ex. retour de l'hôpital
4. Réévaluation pour changement significatif de l'état de santé
5. Evaluation de sortie, couvre les 3 derniers jours du service
6. Suivi de la sortie du service (ne remplir que les sections S et T)
7. Autre (par ex. : recherche)

9) DATE DE REFERENCE POUR L'EVALUATION

Jour - mois - année

		-			-					
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

10) BUTS DES SOINS DECLARES PAR LA PERSONNE

Entrer le but principal dans les cases ci-dessous

--

11) CODE POSTAL DU LIEU DE RESIDENCE HABITUEL

--	--	--	--	--	--

12) LIEU DE VIE AU MOMENT DE L'EVALUATION

1. Habitation privée/appartement/chambre louée
2. Résidence service ou établissement d'hébergement ou foyer logement
3. Maison de santé mentale - par ex. petite unité de vie psychiatrique
4. Petite unité pour personnes handicapées physiques
5. Etablissement pour personnes handicapées mentales
6. Unité ou hôpital psychiatrique
7. Sans domicile fixe
8. Etablissement de soins de longue durée
9. Hôpital/service de rééducation
10. Unité de soins palliatifs
11. Unité/hôpital de soins aigus
12. Etablissement carcéral
13. Autre, précisez

13) CONDITIONS DE VIE

a. Vit

1. Seul
2. Avec époux/compagnon uniquement
3. Avec époux/compagnon et autre(s)
4. Avec enfant mais sans conjoint
5. Avec parents
6. Avec frère ou sœur
7. Avec d'autres membres de la famille
8. Avec d'autres sans parenté

b. Par rapport à il y a 3 mois (ou depuis la dernière évaluation) la personne vit maintenant avec quelqu'un de nouveau - ex. : a déménagé chez une autre personne ou une autre personne a emménagé

0. Non 1. Oui

c. La personne, ou l'aïdant principal, estime qu'elle serait mieux si elle vivait ailleurs

0. Non 1. Oui

14) TEMPS DEPUIS LA DERNIERE HOSPITALISATION

Coder l'épisode le plus récent au cours des 90 DERNIERS JOURS.

0. Pas d'hospitalisation au cours des 3 derniers mois
1. Entre 31 et 90 jours
2. Entre 15 et 30 jours
3. Entre 8 et 14 jours
4. Durant la dernière semaine
5. Est hospitalisé actuellement

2. **Comprend souvent** – manque quelques parties/buts du message mais avec de l'aide peut souvent comprendre la conversation
3. **Comprend parfois** – répond adéquatement seulement à un message simple et direct
4. **Comprend rarement ou jamais**

3. AUDITION

Capacité à entendre (avec appareil auditif, s'il est habituellement utilisé)

0. **Adéquate** – pas de difficulté dans conversation courante, échange social, écoute de la TV
1. **Difficulté minimale** – difficulté dans certains environnement
Ex. quand une personne parle doucement ou est à plus de 2 mètres
2. **Difficulté moyenne** – problème pour entendre une conversation normale, requiert un environnement calme pour bien entendre
3. **Difficulté sévère** – difficulté dans toutes les situations
Ex. l'interlocuteur doit élever le ton ou parler très lentement ou la personne rapporte que toutes les paroles sont marmonnées
4. **Pas d'audition**

4. VISION

Capacité de voir, dans une lumière adéquate et avec lunettes ou d'autres moyens auxiliaires, si utilisés

0. **Adéquate** – distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres
1. **Difficulté minimale** – lit les gros caractères mais non les caractères ordinaires des journaux/livres
2. **Difficulté moyenne** – vision limitée, ne lit pas les titres des journaux mais reconnaît les objets
3. **Difficulté sévère** – identification des objets en question mais semble suivre les objets des yeux, ne voit que les lumières, les couleurs, les formes
4. **Pas de vision**

SECTION E : HUMEUR ET COMPORTEMENT

1. MANIFESTATIONS D'HUMEUR DEPRESSIVE ANXIEUSE OU TRISTE DURANT LES 3 DERNIERS JOURS

Quelle qu'en soit la cause (note : demandez à la personne)

Coder les indicateurs observés chaque fois que possible

0. **Non présents**
1. **Présents mais non observés durant les 3 derniers jours**
2. **Manifestés 1-2 jours des 3 jours**
3. **Manifestés chacun des 3 jours**

- a. **Emet des expressions négatives**
Par ex. : « rien ne compte, il vaudrait mieux être mort, à quoi ça sert, regrette d'avoir vécu si longtemps, laissez-moi mourir »

- b. **Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres**

Par ex. : facilement dérangé, colère envers les soins reçus

- c. **Expression (incluant des non verbales) de craintes paraissant non fondées**

Par ex. : peur d'être abandonné, d'être laissé seul, d'être avec les autres ou crainte intense

- d. **Plaintes somatiques répétées**

Par ex. : recherche de façon persistante un avis médical, concerné de façon obsessionnelle par les fonctions corporelles

- e. **Plaintes anxieuses/inquiétudes (ne concernant pas la santé)**

Par ex. : demande constamment de l'attention/réassurance concernant les horaires, repas, lavage du linge, vêtements, relations avec autrui

- f. **Visage exprimant tristesse, douleur ou inquiétude**

Par ex. : front soucieux, constamment sombre

- g. **Larmes et pleurs fréquents**

- h. **Expressions récurrentes que quelque chose de terrible va arriver**

Par ex. : croit qu'il va mourir, avoir une crise cardiaque

- i. **Retrait des activités intéressantes**

Par ex. : activités jusqu'ici appréciées ou à être avec sa famille/ses amis

- j. **Rapports sociaux réduits**

- k. **Expressions (y compris non verbales) de manque de plaisir dans la vie**

Par ex. : « je ne prends plus plaisir à rien », anhédonie

2. ITEMS D'HUMEUR RAPPORTES SPONTANEMENT

0. **Pas dans les 3 derniers jours**

1. **Pas durant les 3 derniers jours mais se sent souvent ainsi**

2. **1-2 jours des 3 derniers jours**

3. **Se sent ainsi chacun des 3 derniers jours**

4. **La personne ne pourrait (ne voudrait) répondre**

Demandez « avec quelle fréquence vous êtes-vous senti durant les 3 derniers jours ».

- a. **Avoir peu d'intérêt ou de plaisir pour les choses qui normalement sont agréables ?**

- b. **Anxieux, agité ou mal à l'aise ?**

- c. **Triste, déprimé ou sans espoir ?**

3. COMPORTEMENT PROBLEMATIQUE

Coder les indicateurs observés durant les 3 derniers jours quelle qu'en soit la cause

0. **Non présents**

1. **Présents mais non manifestés durant les 3 derniers jours**

2. **Manifestés 1-2 jours des 3 jours**

3. **Manifestés chacun des 3 jours**

- a. **Déambulation** – se déplace sans buts ni besoins apparents, au mépris de sa sécurité

- b. **Agressivité verbale**

Par ex. : menace, injurie, maudit autrui

- c. **Agressivité physique**
Par ex. : frappe, repousse, griffe, agresse sexuellement autrui
- d. **Comportement socialement inadapté/perturbateur**
Par ex. : émet des sons, des cris, des bruits perturbateurs, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille dans les affaires des autres
- e. **S'oppose aux soins de manière agressive**
Par ex. : refuse de prendre ses médicaments, recevoir ses injections, l'aide aux AVQ ou de manger

SECTION F : BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL

1. RELATIONS SOCIALES

(note : demandez chaque fois que possible à la personne)

- 0. Jamais
- 1. Il y a plus de 30 jours
- 2. Il y a 8 à 30 jours
- 3. Il y a 4 à 7 jours
- 4. Durant les 3 derniers jours
- 5. Incapable de déterminer

- a. **Participation à des activités intéressantes de longue date**
- b. **Visite d'une relation sociale de longue date ou d'un membre de la famille**
- c. **Autre contact avec une relation sociale de longue date/un membre de la famille.**
Par ex. : contact téléphonique ou par courrier électronique
- d. **Exprime ouvertement un conflit ou de la colère vis-à-vis de la famille ou des amis**
- e. **A peur d'un membre de la famille ou de l'entourage**
- f. **Négligé, abusé ou maltraité**

2. SOLITUDE

Dit ou indique qu'il se sent seul

0. Non 1. Oui

3. CHANGEMENT DANS LES ACTIVITES DURANT LES 90 DERNIERS JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 90 JOURS)

Diminution de la participation dans des activités habituelles sociales, religieuses, de loisirs ou autres.

S'il y a une diminution, souffre de cette situation

- 0. Pas de diminution
- 1. Diminution, n'en souffre pas
- 2. Diminution, en souffre

4. LAPS DE TEMPS PENDANT LA JOURNEE (MATIN ET APRES-MIDI) OU EST SEUL

- 0. Moins d'1 heure
- 1. 1-2 heures
- 2. 3-8 heures
- 3. Plus de 8 heures

5. EVENEMENT STRESSANT DURANT LES 90 DERNIERS JOURS

Par ex. : épisode de maladie sévère pour la personne, décès ou maladie sévère d'un proche membre de la famille/ami ; perte du logement ; perte majeure de revenus/capitaux ; victime de vol/agression ; perte du permis de conduire/de la voiture

0. Non 1. Oui

Le bilan fonctionnel des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Section à remplir obligatoirement

SECTION G : ETAT FONCTIONNEL

1. PERFORMANCE ET CAPACITE POUR LES AIVQ

CODEZ la performance dans les activités habituelles du ménage durant les 3 DERNIERS JOURS.

CODEZ l'aptitude reposant sur la capacité présumée à assurer l'activité de façon aussi indépendante que possible. Cela requiert une certaine « spéculation » de la part de l'évaluateur

- 0. **Indépendant** – sans aide OU préparation supervision, aide, 1-2 fois
- 1. **Aide à la préparation seulement** – article ou aide technique procuré ou placé à proximité 3 fois ou plus
- 2. **Supervision** – surveillance/indication 3 fois ou plus OU surveillance/indication 1 fois ou plus et assistance physique donnée 1-2 fois
- 3. **Assistance limitée** – aide 3 fois ou plus pour la mobilisation des membres – OU – combinaison d'aide pour la mobilisation des membres ET plus d'aide 1 – 2 fois
- 4. **Assistance importante** – aide 3 fois ou plus nécessitant de la force physique par un seul aidant alors que la personne accomplit 50% ou plus des tâches
- 5. **Assistance maximale** – aide 3 fois ou plus nécessitant de la force physique par deux personnes ou plus OU aide nécessitant de la force physique pour plus de 50% des tâches
- 6. **Dépendance totale** – activité entièrement accomplie par d'autres durant l'ensemble de la période
- 7. **L'activité n'a pas été accomplie** durant l'ensemble de la période. (ne pas utiliser ce code lors de l'évaluation du score de la capacité)

- a. **Préparation des repas** – comment les repas sont préparés
Par ex. : planifier les menus, cuire, rassembler les ingrédients, faire la cuisine, préparer les plats et les couverts)
- b. **Ménage courant** – comment le ménage courant est fait
Par ex. : épousseter, ranger, faire la vaisselle, les lits, la lessive)
- c. **Gestion des finances** – comment sont payées les factures, sont équilibrés les comptes et les dépenses de la maison, est suivi le compte de la carte de crédit

	PERFORMANCE	CAPACITE

- d. **Gestion des médicaments** – comment sont gérés les médicaments
Par ex. : se souvenir de les prendre, ouvrir les flacons, prendre le dosage correct, se faire les injections, appliquer des pommades)
- e. **Usage du téléphone** – comment les appels téléphoniques sont faits ou reçus (avec, si nécessaire, des aides techniques telles que des chiffres agrandis sur le téléphone ou un amplificateur)
- f. **Escaliers** – comment est montée ou descendue une pleine volée de marches
Par ex. : 12 – 14 marches
- g. **Faire les courses** – comment se font les achats des aliments ou des articles ménagers
Par ex. : choisir les produits, payer, EXCLUT LES TRANSPORTS
- h. **Transports** – comment voyage-t-il ? par les transports publics (système de navigation, paiement du prix) ou conduit lui-même (comprend sortir de la maison, entrer et sortir du véhicule)

2. PERFORMANCE POUR LES AVQ

Codez la performance pendant une période de 24 heures, en considérant tous les épisodes de pratique de l'activité durant les 3 DERNIERS JOURS

(Note pour TOUTES LES AVQ si moins de 3 épisodes sur la période de référence de 3 jours, codez l'épisode où la dépendance est la plus élevée)

0. **Indépendant** – sans aide, préparation, supervision lors de tout épisode
1. **Indépendant, aide à la préparation seulement** – article procuré ou placé à proximité mais aucun épisode avec supervision ou assistance physique
2. **Supervision** – surveillance/indication 3 fois ou plus OU surveillance/indication 1 fois ou + et assistance physique donnée 1-2 fois
3. **Assistance limitée** – aide 3 fois ou plus pour la mobilisation des membres – OU – combinaison d'aide pour la mobilisation des membres ET plus d'aide 1-2 fois
4. **Assistance importante** – aide 3 fois ou plus nécessitant de la force physique par un seul aidant alors que la personne accomplit 50% ou plus des tâches
5. **Assistance maximale** – aide 3 fois ou plus nécessitant de la force physique par deux personnes ou plus OU aide nécessitant de la force physique pour plus de 50% des tâches
6. **Dépendance totale** – activité entièrement accomplie par d'autres durant l'ensemble de la période
7. **L'activité n'a pas été accomplie** durant l'ensemble de la période

- a. **Bain** – comment il prend un bain ou une douche. Comprend qu'il effectue le transfert dans et hors de la baignoire/douche ET comment chaque partie du corps est baignée : bras, jambes, cuisses, poitrine abdomen, région périnéale. EXCLUT LE LAVAGE DU DOS ET DES CHEVEUX

- b. **Hygiène personnelle** – comment il fait pour se laver les dents, se coiffer, se raser, se maquiller, se laver et s'essuyer le visage, les mains. EXCLUT BAIN ET DOUCHE
- c. **S'habiller la partie supérieure du corps** – comment il s'habille et se déshabille (vêtements pour l'extérieur, sous-vêtement), au dessus de la ceinture, y compris les prothèses, les attaches, les pull-overs, les appareillages orthopédiques, etc.
- d. **S'habiller la partie inférieure du corps** – comment il s'habille et se déshabille (vêtements pour l'extérieur, sous-vêtement), au dessus de la ceinture, y compris les prothèses, les ceintures, culottes, jupes, chaussures et attaches.
- e. **Marcher** – comment il marche entre deux points du même étage à l'intérieur
- f. **Locomotion** – comment il se déplace (en marchant ou en fauteuil roulant) entre deux points du même étage. Si en fauteuil roulant, indépendance une fois dans le fauteuil
- g. **Transfert vers et des toilettes** – comment il s'assied sur ou se lève du siège des toilettes ou de la chaise percée
- h. **Utilisation des toilettes** – comment il utilise les toilettes, (ou la chaise percée, le vase, l'urinal), s'essuie après leur utilisation ou un épisode d'incontinence, change ses protections, s'occupe d'une sonde urinaire ou d'une poche de colostomie, ajuste ses vêtements. EXCLUT TRANSFERT SUR OU DES TOILETTES
- i. **Mobilité dans le lit** – comment il se redresse, s'étend, se tourne et s'installe en bonne position lorsqu'il est au lit
- j. **Alimentation** – comment il mange et boit (indépendamment de son habilité), comprend se nourrir par n'importe quel moyen.
Par ex. : nourriture par sonde, par voie parentérale en totalité

3. DEPLACEMENT/MARCHE

a. Principal mode de déplacement

0. Marche, pas de moyen auxiliaire
1. Marche, moyen auxiliaire
Par ex. : canne, déambulateur, cadre de marche, poussée du fauteuil roulant
2. Fauteuil roulant, fauteuil motorisé (scooter)
3. Confiné au lit

b. Temps pour parcourir 4 mètres de marche

(préparez un parcours droit, sans obstacle. La personne doit se tenir debout immobile touchant la ligne de départ)

Puis dites « quand je vous le dirai, commencez à marcher à une allure normale (avec canne/déambulateur si utilisé). Ceci n'est pas un test pour mesurer la vitesse à laquelle vous pouvez marcher. Arrêtez-vous quand je vous le dirai. Est-ce que c'est clair ? L'évaluateur peut montrer le test

Puis dites « commencez à marcher maintenant ». Déclenchez le chronomètre (ou commencez à compter les secondes) lorsque le premier pas se pose. Terminez de compter quand le pied se pose au-delà de la marque des 4 mètres.

Puis dites « vous pouvez vous arrêter maintenant »

Notez le temps en secondes jusqu'à 30 secondes

- 0. 30 secondes ou plus pour parcourir 4 mètres
 - 1. S'est arrêté avant la fin du test
 - 2. A refusé de faire le test
 - 3. Non testé
- Par ex. : ne marche pas seul

c. Distance de marche – distance la plus longue parcourue sans s'asseoir durant les 3 DERNIERS JOURS (avec aide si nécessaire)

- 1. N'a pas marché
- 2. Moins de 5 mètres
- 3. De 5 à 49 mètres
- 4. De 50 à 99 mètres
- 5. 100 mètres et plus
- 6. 1 kilomètre ou plus

d. Distance en fauteuil roulant de manière indépendante – distance la plus longue parcourue de manière indépendante en fauteuil roulant durant les 3 DERNIERS JOURS (inclut l'usage indépendant d'un fauteuil roulant motorisé)

- 0. Poussé par d'autres
- 1. Moins de 5 mètres
- 2. De 5 à 49 mètres
- 3. De 50 à 99 mètres
- 4. 100 mètres et plus
- 5. N'utilise pas de fauteuil roulant

4. NIVEAU D'ACTIVITE

a. Total d'heures d'activité physique/exercice dans les 3 derniers jours.

Par ex. : marche

- 0. Aucune
- 1. Moins d'1 heure
- 2. 1-2 heures
- 3. 2-4 heures
- 4. Plus de 4 heures

b. Nombre de jours, durant les 3 derniers jours où le client sort du logement ou de l'immeuble (même pour un court moment)

- 0. Aucun jour
- 1. Aucun jour mais le fait habituellement sur une période de 3 jours
- 2. 1-2 jours
- 3. 3 jours

5. POTENTIEL D'AMELIORATION DES PERFORMANCES PHYSIQUES

0. Non 1. Oui

a. La personne estime qu'elle est capable d'augmenter ses performances fonctionnelles physiques

b. Les aidants professionnels estiment que la personne est capable d'augmenter ses performances fonctionnelles physiques

6. CHANGEMENT DES PERFORMANCES DANS LES AVQ PAR RAPPORT A IL Y A 3 MOIS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 90 JOURS)

- 0. Améliorées
- 1. Pas de changement
- 2. Plus déficientes
- 3. Incertain

7. CONDUITE

a. D'une voiture (un véhicule) durant les 90 derniers jours

0. Non 1. Oui

b. Si la personne conduit, l'évaluateur est au courant que quelqu'un lui a suggéré de limiter ou d'arrêter la conduite

0. Non 1. Oui

SECTION H : CONTINENCE

1. CONTINENCE D'URINES

- 0. **Continent** : contrôle complet. N'UTILISE AUCUN type de sonde ou de moyen pour collecter les urines
- 1. **Complet contrôle avec sonde** ou stomie durant les 3 derniers jours
- 2. **Rarement incontinent** – pas incontinent durant les 3 jours mais a des épisodes d'incontinence
- 3. **Occasionnellement incontinent** – moins que quotidiennement
- 4. **Fréquemment incontinent** – quotidiennement incontinent avec cependant persistance d'un contrôle
- 5. **Incontinent** – pas de contrôle
- 6. **N'est pas survenue** – aucune émission d'urine provenant de la vessie durant les 3 derniers jours

2. MOYENS AUXILIAIRES POUR RECUEILLIR LES URINES (PROTECTION EXCLUE)

- 0. Non
- 1. Cathéter avec condom
- 2. Sonde urinaire à demeure
- 3. Cystostomie, urétérostomie, nephrostomie

3. CONTINENCE FECALE

- 0. **Continent** – contrôle complet
- 1. **Complet contrôle avec une stomie** durant les 3 derniers jours
- 2. **Rarement continent** – pas incontinent durant les 3 jours mais a des épisodes d'incontinence
- 3. **Incontinence occasionnelle** – moins que quotidiennement
- 4. **Fréquemment incontinent** – incontinence quotidienne mais persistance d'un contrôle

- 5. Incontinence – pas de contrôle
- 6. Aucune émission de selles durant la période

4. PROTECTION, SERVIETTE HYGIENIQUE

0. Non 1. Oui

SECTION I : DIAGNOSTICS MEDICAUX

Code des maladies

- 0. Absente
- 1. Principal ou principaux diagnostics pour l'épisode de soins actuel
- 2. Diagnostic présent avec traitement actif
- 3. Diagnostic présent suivi mais sans traitement actif

1. DIAGNOSTICS MEDICAUX

■ MUSCULO-SQUELETTIQUE

- a. Fracture de hanche durant les 30 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 30 jours)
- b. Autre fracture durant les 30 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 30 jours)

■ NEUROLOGIQUE

- c. Maladie d'Alzheimer
- d. Démence autre que maladie d'Alzheimer
- e. Hémiplégie
- f. Sclérose en plaque
- g. Paraplégie
- h. Parkinson
- i. Tétraplégie
- j. Attaque cérébrale/avc

■ CARDIAQUE ET PULMONAIRE

- k. Maladie coronarienne artérioscléreuse
- l. Obstruction bronchopulmonaire chronique
- m. Insuffisance cardiaque

■ PSYCHIATRIQUE

- n. Anxiété
- o. Dépression
- p. Psychose

■ INFECTION

- q. Pneumonie
- r. Infection urinaire durant les 30 derniers jours

■ AUTRE

- s. Cancer
- t. Diabète

2. DIAGNOSTICS MEDICAUX

Diagnostic	Code maladie			Code 10 ^{ème} CIM		
a.						
b.						
c.						
d.						
e.						
f.						

Ajouter des lignes supplémentaires, si nécessaire, pour d'autres diagnostics de maladies

SECTION J : PROBLEMES DE SANTE

1. CHUTE

- 0. Pas de chute durant les 90 derniers jours
- 1. Pas de chute durant les 30 derniers jours mais chute entre 31 et 90 jours
- 2. Une chute durant les 30 derniers jours
- 3. Deux chutes ou plus durant les 30 derniers jours

2. FREQUENCE D'UN PROBLEME

Coder la présence durant les 3 derniers jours

- 0. Non présent
- 1. Présent mais non manifesté au cours des 3 derniers jours
- 2. Manifesté 1 des 3 derniers jours
- 3. Manifesté 2 des 3 derniers jours
- 4. Manifesté chaque jour

■ D'EQUILIBRE

- a. Difficulté ou impossibilité de passer à la station debout sans aide
- b. Debout, difficulté ou impossibilité de faire demi-tour
- c. Etourdissement
- d. Démarche instable

■ CARDIAQUE ET PULMONAIRE

- e. Douleur thoracique
- f. Difficulté pour tousser ou éliminer les sécrétions aériennes

■ PSYCHIATRIQUE

- g. Processus anormal de la pensée
Par ex. : perte des associations, blocage, fuite des idées, tangentialité, circonstantialité
- h. Idées délirantes – fausses croyances fixes
- i. Hallucinations – fausses perceptions sensorielles

■ NEUROLOGIQUE

j. Aphasie

■ GASTRO-INTESTINAL

k. Reflux acide – régurgitation d'acide dans la gorge provenant de l'estomac

l. Constipation – pas d'émission de selles durant les 3 derniers jours ou difficulté de passage de selles dures

m. Diarrhée

n. Vomissements

■ PROBLEME DE SOMMEIL

o. Difficulté pour s'endormir, pour rester endormi, réveil plus tôt que souhaité, sommeil agité, ne reposant pas

p. Trop de sommeil – excès de sommeil interférant avec le fonctionnement habituel de la personne

■ AUTRE

q. Inhalation de substance étrangère

r. Fièvre

s. Saignement gastro-intestinal/génito-urinaire

t. Hygiène – mauvais hygiène inhabituelle, négligé, échevelé

u. Œdème périphérique

3. DYSPNEE (ESSOUFFLEMENT)

0. Absence de symptômes

1. Absente au repos mais présente lors d'activités modérées

2. Absente au repos mais présente lors des activités habituelles de la vie quotidienne

3. Présente au repos

4. FATIGUE

Incapacité à réaliser les activités habituelles de la vie quotidienne.

Par ex. : AVQ

0. **Aucune**

1. **Minime** – due à une diminution d'énergie mais achève les activités normales de la vie quotidienne

2. **Modérée** – due à une diminution d'énergie, incapable d'achever les activités habituelles de la vie quotidienne

3. **Sévère** – due à une diminution d'énergie, INCAPABLE DE COMMENCER CERTAINES activités habituelles de la vie quotidienne

4. **Incapable de commencer toute activité normale de la vie quotidienne** – du fait d'une diminution d'énergie

5. SYMPTOMES DE DOULEUR

(Note – toujours demander à la personne en ce qui concerne la fréquence, l'intensité et le contrôle. Observez la personne et demandez à d'autres qui sont au contact de la personne)

a. **Fréquence** avec laquelle la personne se plaint ou manifeste des signes de douleur (inclut grimaces, serrement de dents, gémissement, retrait lors d'un contact ou d'autres manifestations non verbales suggérant la douleur)

0. Pas de douleur

1. Présents mas non manifestés durant les 3 derniers jours

2. Présents manifestés 1 – 2 des 3 derniers jours

3. Douleur manifestée chacun des 3 derniers jours

b. **Intensité maximale de la douleur présentée**

0. Pas de douleur

1. Légère

2. Modérée

3. Sévère

4. Période où la douleur est atroce ou intolérable

c. **Rythme**

0. Pas de douleur

1. Unique épisode durant les 3 jours

2. Intermittente

3. Constante

d. **Poussée aiguë** – période durant les 3 derniers jours où la personne a éprouvé un accès soudain d'aggravation de la douleur

0. Non 1. Oui

e. **Maîtrise de la douleur** – capacité du traitement actuel à maîtriser la douleur (selon le point de vue de la personne)

0. Pas de problème de douleur

1. Douleur acceptable pour la personne, pas de traitement ou de changement nécessaire

2. Maîtrise adéquate par les thérapeutiques

3. Maîtrise quand les prescriptions sont respectées, mais elles ne sont pas toujours suivies

4. Prescriptions suivies mais maîtrise incomplète

5. Pas de prescriptions antalgiques suivies, douleur non adéquatement maîtrisée

6. INSTABILITE DE PROBLEMES DE SANTE

0. Non 1. Oui

a. **Problèmes de santé ou maladies rendant instables, l'état cognitif, les AVQ, l'humeur ou le comportement** – fluctuant, précaire ou se détériorant

b. **Vit actuellement une poussée d'un problème de santé récurrent ou chronique**

c. **Maladie en phase terminale** (6 mois ou moins à vivre)

7. PERCEPTION DE LA SANTE

Demandez : « en général, comment apprécieriez-vous votre santé ? »

0. Excellente
1. Bonne
2. Passable
3. Mauvaise
4. Ne peut (ou ne veut) répondre

8. TABAC ET ALCOOL

a. Fume du tabac quotidiennement

0. Non
1. Pas dans les 3 derniers jours mais est habituellement un fumeur quotidien
2. Oui

b. Alcool

1. **Nombre de verres de boissons alcoolisées durant les 7 DERNIERS JOURS** (exemple France)
Codez 0 si aucun
2. **Si au moins un, nombre maximum de verres consommés au cours d'une journée durant les 7 derniers jours**

SECTION K : ETAT NUTRITIONNEL/BUCCO-DENTAIRE

1. POIDS ET TAILLE

Notez (a) la **taille** et le **poids**. Appuyez-vous sur la mesure la plus récente au cours des 30 DERNIERS JOURS

a. Taille (cm)

b. Poids (kg)

2. PROBLEMES NUTRITIONNELS

0. Non 1. Oui

- a. Perte de poids de 5% ou plus dans les 30 derniers jours, ou de 10% ou plus dans les 6 derniers mois
- b. Déshydraté
- c. Insuffisance de liquide : moins d'1 litre/jour ou moins de 4 bols de 250 cc
- d. Les éliminations de liquide excèdent les ingestions

3. MODE D'ALIMENTATION

0. **Normal** – avale les aliments de toute consistance
1. **Indépendance modifiée**
Par ex. : petites gorgées de liquide, prend des quantités de nourriture limitées
2. **Requiert des modifications pour avaler les aliments solides** – régimes mixés (par ex. : purée, hachis) ou ne peut qu'ingérer des aliments particuliers

3. Requiert des modifications pour avaler les aliments liquides

Par ex. : des liquides épaissis

4. **Ne peut avaler que des purées comme solides ou des liquides épaissis**
5. **Combinaison d'alimentation orale et par sonde**
6. **Alimentation par sonde naso-gastrique seule**
7. **Alimentation par sonde abdominale** (ex. gastrique)
8. **Alimentation parentérale seule** – comprend tous les types de nourriture parentérale – telle la nutrition parentérale totale (NPT)
9. **Activité non accomplie**

4. ETAT DENTAIRE

0. Non 1. Oui

- a. Porteur de dentier (prothèse mobile)
- b. A des dents cassées, fracturées ou altérées
- c. Rapporte des difficultés de mastication
- d. Rapporte avoir la bouche sèche (xérostomie)

SECTION L : ETAT DE LA PEAU ET DES PIEDS

1. STADE LE PLUS SEVERE D'ESCARRE (ULCERE DE PRESSION)

0. Pas d'ulcère de pression
1. Toute zone de rougeur persistante
2. Perte partielle des couches de la peau
3. Cratère profond dans la peau
4. Lésions de la peau exposant le muscle ou l'os
5. Pas de stade quantifiable.

Par ex. : prédominance de débris nécrotiques

2. ANTECEDENT D'ULCERE

0. Non 1. Oui

3. ULCERE AUTRE QUE DE PRESSION

Par ex. : d'origine veineuse, artérielle, mixte, ulcère diabétique au pied

0. Non 1. Oui

4. PROBLEMES CUTANES MAJEURS

Par ex. : brûlures (2^{ème} ou 3^{ème} degré), plaie chirurgicale en cours de guérison

0. Non 1. Oui

5. DECHIRURES CUTANEEES OU COUPURES

Autres que chirurgicales

0. Non 1. Oui

6. AUTRES PROBLEMES DE PEAU

Par ex. : *echymoses, éruptions, démangeaisons, taches, herpès, intertrigo, eczéma*

0. Non 1. Oui

7. PROBLEMES DE PIED

Qui interfèrent avec la démarche.

Par ex. : *bunions, orteils en marteau, chevauchement des orteils, douleur, troubles statiques, infection, ulcère*

- 0. Pas de problème de pied
- 1. Problème de pied pas de limitation de la marche
- 2. Problème de pied, limite la marche
- 3. Problème de pied, empêche la marche
- 4. Problème de pied, ne marche pas pour d'autre raison

SECTION M : MEDICAMENTS

1. LISTE DES MEDICAMENTS

Cfr. Ci-dessous

2. ALLERGIE A UN MEDICAMENT

0. Non 1. Oui

3. OBSERVANT POUR LES MEDICAMENTS PRESCRITS PAR UN MEDECIN

- 0. Toujours observant
- 1. Observant 80% du temps ou plus
- 2. Observant moins de 80% du temps
- 3. Pas de médicament prescrit

SECTION N : TRAITEMENTS ET PROGRAMMES

1. PREVENTION

0. Non 1. Oui

- a. Mesure de la TA durant la DERNIERE ANNEE
- b. Coloscopie durant les 5 DERNIERES ANNEES
- c. Examen dentaire/visite durant la DERNIERE ANNEE
- d. Examen oculaire durant la DERNIERE ANNEE
- e. Examen auditif durant les 2 DERNIERES ANNEES
- f. Vaccin antigrippal durant LA DERNIERE ANNEE
- g. Mammographie ou examen des seins durant les 2 DERNIERES ANNEES (pour les femmes)
- h. Vaccin anti-pneumonique durant les 5 DERNIERES ANNEES

2. TRAITEMENTS ET PROGRAMMES RECUS OU PRESCRITS DURANT LES 3 DERNIERS JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 3 JOURS)

- 0. Non reçu, non prescrit
- 1. Prescrit, pas encore mis en œuvre
- 2. 1-2 des 3 derniers jours
- 3. Quotidien

■ TRAITEMENTS

- a. Chimiothérapie
- b. Dialyse
- c. Contrôle d'une infection
Par ex. : quarantaine ou isolement
- d. Médication IV
- e. Oxygénothérapie
- f. Radiothérapie
- g. Aspiration
- h. Soins de trachéotomie
- i. Transfusion
- j. Ventilation ou respiration assistée
- k. Soins de plaie

■ PROGRAMMES

- l. Tout programme pour les mictions
- m. Programme de soins palliatifs
- n. Programme de changement de position

3. SERVICES PROFESSIONNELS

Intensité des soins/thérapies durant les 7 DERNIERS JOURS (ou depuis la dernière évaluation ou depuis l'admission si moins de 7 jours)

Nombre de jours (A)

Total de minutes (B) durant les 7 derniers jours

	A	B
a. Aide soignante/auxiliaire de vie		
b. Infirmière		
c. Aide ménagère		
d. Repas à domicile		
e. Kinésithérapie		
f. Ergothérapie		
g. Service pour trouble du langage et de l'audition		
h. Psychothérapie (par tout professionnel diplômé en santé mentale)		

4. CONTENTION PHYSIQUE

Contention des membres, utilisation de barrières de lit, attaché à sa chaise quand il s'assied.

0. Non 1. Oui

5. RECOURS A L'HOSPITALISATION, AU SERVICE D'URGENCE, VISITES DE MEDECIN

Coder le nombre de fois durant les 90 DERNIERS JOURS (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)

- a. Hospitalisation en service aigu avec au moins une nuit d'hospitalisation
- b. Service d'urgence (sans compter le séjour d'une nuit)
- c. Visite de médecin (ou d'un assistant autorisé ou d'un praticien)

SECTION O : RESPONSABILITE/DIRECTIVE

1. GARDIEN LEGAL

0. Non 1. Oui

SECTION P : SOUTIENS SOCIAUX

1. AIDANTS PRINCIPAUX

a. Relations avec le client

- 1. Enfant ou bel enfant
- 2. Epoux
- 3. Compagnon/toute personne importante
- 4. Parent
- 5. Frères et sœurs
- 6. Autre membre de la famille
- 7. Ami
- 8. Voisin
- 9. Autre personne – rémunérée ou non (INCLUS EMPLOYEE DE MAISON)
- 0. Pas d'aidant informel

Aidant
1 2

--	--

b. Vit avec la personne

- 0. Non
- 1. Oui depuis 6 mois ou moins
- 2. Oui depuis plus de 6 mois
- 3. Pas d'aidant

Aidant
1 2

--	--

DOMAINES DE L'AIDE

0. Non 1. Oui

- c. Aides pour les AIVQ
- d. Soins pour les AVQ

Aidant
1 2

--	--

2. ETAT DES AIDANTS INFORMELS

0. Non 1. Oui

- a. L'aidant ne peut pas continuer son aide
Par ex. : déclin de sa propre santé
- b. La famille, les amis proches rapportent qu'ils se sentent dépassés par la maladie de la personne
- c. L'aidant principal exprime des sentiments de détresse, de colère ou de dépression

3. HEURES FOURNIES D'AIDE INFORMELLE ET DE SURVEILLANCE ACTIVE

Pour l'aide aux AIVQ et aux AVQ, reçoivez durant 3 DERNIERS JOURS indiquer le nombre total d'heures données par la famille, des amis et des voisins (heures arrondies)

--	--	--

4. RELATIONS FAMILIALES FORTES ET APPORTANT UN SOUTIEN

0. Non 1. Oui

SECTION Q : EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT

1. LOGEMENT

Codez tout élément suivant qui rend le logement du client inhabitable ou dangereux (si est temporairement en institution : baser l'évaluation sur une visite à domicile)

0. Non 1. Oui 2. Inconnu, logement non visité

a. Dégradation du logement

Par ex. : accumulation dangereuse ; éclairage insuffisant ou inexistant dans la salle de séjour, la chambre à coucher, la cuisine, les toilettes, les couloirs ; fuite de tuyaux ; trou dans le sol

b. Infestation

Par ex. : extrêmement sale, cuisine infestée par des rats, des insectes

c. Chauffage ou climatisation inadéquat

Par ex. : trop froid en hiver, trop chaud en été ; chauffage au bois chez asthmatique

d. Manque de sécurité de la personne

Par ex. : a peur d'être agressée, problème de sécurité pour chercher son courrier ou rendre visite aux voisins, circulation intense dans la rue

e. Accessibilité du logement ou des pièces à l'intérieur du logement limitée

Par ex. : difficulté pour entrer ou sortir du logement ; incapable de monter les escaliers, difficulté pour manœuvrer ; pas de barrières là où c'est nécessaire

2. VIT DANS UN APPARTEMENT OU UNE MAISON AMENAGE ACCESSIBLE AUX PERSONNES HANDICAPEES

0. Non 1. Oui

3. ENVIRONNEMENT EXTERIEUR

0. Non 1. Oui

- a. Possibilité d'une assistance d'urgence
Par ex. : téléphone, système de téléalarme
- b. Accès à l'épicerie sans assistance
- c. Possibilité de délivrance d'épicerie à domicile

4. DIFFICULTES FINANCIERES

Au cours des 30 derniers jours, afin de réduire son budget, la personne a renoncé à : nourriture, vêtement, abri adéquat ; chauffage - climatisation suffisants ; médicaments prescrits ; aides et soins à domicile, soins médicaux nécessaires.

0. Non 1. Oui

SECTION R : PERSPECTIVES DE SORTIE ET ETAT GENERAL

1. AU MOINS UN OBJECTIF DE TRAITEMENT ATTEINT DURANT LES 90 DERNIERS JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 90 JOURS)

0. Non 1. Oui

2. CHANGEMENT SIGNIFICATIF DE L'INDEPENDANCE GENERALE PAR RAPPORT A IL Y A 90 JOURS (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)

0. Amélioration : reçoit moins d'aide (passez à la section S)
1. Pas de changement (passez à la section S)
2. Détérioration : reçoit plus d'aide

CODEZ LES TROIS ITEMS SUIVANTS EN CAS DE DETERIORATION DURANT LES 90 DERNIERS JOURS SINON PASSEZ A LA SECTION S

3. NOMBRE D'AVQ PARMIS LES 10 DOMAINES (D'APRES G2) POUR LESQUELLES LA PERSONNE ETAIT INDEPENDANTE AVANT LA DETERIORATION

4. NOMBRE D'AIVQ PARMIS LES 8 DOMAINES (D'APRES G1 CI-DESSUS) POUR LESQUELLES LA PERSONNE ETAIT INDEPENDANTE AVANT LA DETERIORATION

5. DATE DE DEBUT DE L'ENLEVEMENT OU DU PROBLEME PRECIPITANT L'AGGRAVATION

0. Durant les 7 derniers jours
1. Entre 8 et 14 jours
2. Entre 15 et 30 jours
3. Entre 31 et 60 jours
4. Plus de 60 jours
5. Pas de clair événement précipitant

SECTION S : SORTIE

(Note : ne remplir la section R que lors de la sortie)

1. DERNIER JOUR DE LA PRISE EN CHARGE

Jour - mois - année

 - -

2. MODE DE SORTIE

1. Habitation privée/appartement/chambre louée
2. Résidence service, établissement médico-social d'hébergement ou foyer logement
3. Maison de santé mentale
4. Petite unité pour personnes handicapées physiques
5. Etablissement pour personnes handicapées mentales
6. Unité ou hôpital psychiatrique
7. Sans domicile fixe
8. Etablissement de soins de longue durée
9. Hôpital/service de rééducation
10. Unité de soins palliatifs
11. Unité ou hôpital de soins aigus
12. Etablissement carcéral
13. Autre
14. Décédé

SECTION T : INFORMATION SUR L'EVALUATION

SIGNATURE DE LA PERSONNE AYANT COORDONNE OU EFFECTUE L'EVALUATION

.....

1. Signature (signer sur la ligne ci-dessus)

2. Date où l'évaluation est signée comme achevée

Jour - mois - année

 - -

1. LISTE DES MEDICAMENTS

Lister toutes les prescriptions en cours et tout médicament non prescrit, pris dans les 3 DERNIERS JOURS

(Note : chaque fois que possible utilisez un recueil informatisé, n'entrez à la main que quand c'est absolument nécessaire)

Pour chaque médicament, notez :

- a. **Le nom**
b. **La dose** – un nombre tel que 0,5 ; 150 ; 300 (note : n'écrivez jamais un zéro après la virgule d'un nombre décimal (x mg). Toujours utiliser un zéro avant la virgule d'une décimale (0, x mg)).
c. **L'unité**. Codez en utilisant la liste suivante :

Gtte (goutte)	mEq (milliéquivalent)	% (pourcentage)
Gr (gramme)	mg (milligramme)	Unité
L (litre)	ml (millilitre)	Aut (autre)
Mcg (microgramme)	As Bucc (aspiration buccale)	

- d. **Voie d'administration** – codez en utilisant la liste suivante :

PO (per os)	SC (sous-cutanée)	NAS (nasale)
SL (sublingual)	R (rectale)	TE (tube entéral)
IM (intramusculaire)	Top (topique)	ID (intradermique)
IV (intraveineuse)	IH (inhalation)	Au (autre)

- e. **Fréquence**. Codez le nombre de fois où le médicament est pris par jour, semaine ou mois en utilisant la liste ci-dessous

1H (toutes les heures)	3J (3 fois par jour)	4S (4 fois par semaine)
2H (toutes les 2 heures)	4J (4 fois par jour)	5S (5 fois par semaine)
3H (toutes les 3 heures)	5J (5 fois par jour)	6S (6 fois par semaine)
4H (toutes les 4 heures)	AJ (tout autre jour)	1M (mensuel)
6H (toutes les 6 heures)	T3J (tous les 3 jours)	2M (2 fois par mois)
8H (toutes les 8 heures)	S (hebdomadaire)	Aut (Autre)
J (quotidien)	2S (2 fois par semaine)	
2J (2 fois par jour)	3S (3 fois par semaine)	
(inclus toutes les 12 heures)		

- f. **Prescrit à la demande (PAD)**

0. Non 1. Oui

- g. **Code ATC informatisé du médicament**

Nom	Dose	Unité	Voie d'admin.	Fréquence	PAD	Code ATC
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

(note : ajouter des lignes supplémentaires pour les autres médicaments pris)

Partie 4 : répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide

Soins et répartition des tâches

A remplir obligatoirement

Prestataires	Situation actuelle	Planification
<p><u>Médecin généraliste ou maison médicale</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>		
<p><u>Services infirmiers ou infirmiers</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>		
<p><u>Kiné</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>		
<p><u>Pharmacien</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>		

DOSSIER N° ... /2015

Prestataires	Situation actuelle	Planification
<p style="text-align: center;"><u>Service d'aides aux familles</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Assistant(e) social(e) de référence:</p>		
<p style="text-align: center;"><u>Repas à domicile</u></p> <p>Nom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>		
<p style="text-align: center;"><u>Services sociaux ou assistants sociaux</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Assistant(e) social(e) de référence :</p>		
<p style="text-align: center;"><u>Famille</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>		

Prestataires	Situation actuelle	Planification
<p style="text-align: center;"><u>Autres</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>		
<p style="text-align: center;"><u>Autres</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>		
<p style="text-align: center;"><u>Autres</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>		
<p style="text-align: center;"><u>Autres</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>		
<p style="text-align: center;"><u>Autres</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p>		

Partie 6 : signature et identification des participants à la réunion de concertation

Signature et identification des participants à la réunion de concertation

Date de la réunion : __ / __ / _____

Lieu de la réunion :

Adresse (si ailleurs qu'au domicile) : CP/Localité :

Discipline	NOM – Prénom	N° INAMI	N° compte bancaire <u>lié au n° INAMI</u>	Signature
Prestataires de soins				
Médecin généraliste			IBAN : BIC :	
Infirmier(ère)			IBAN : BIC :	
Kinésithérapeute			IBAN : BIC :	
Pharmacien			IBAN : BIC :	
SISD			IBAN : BE96 132 5014379 05 BIC : BNAGBEBB	
Autres : à préciser				
Assistant social				
Aide-familiale				
Entourage/famille				
Patient ou son représentant				

Par leur signature, les dispensateurs de soins et d'aide participant déclarent qu'ils sont d'accord avec le plan de soins.

Date ... / ... /

FACTURE N° ... - ...

NOM-Prénom et signature du responsable du SISD

DOSSIER N° ... /2015

.....