

Cahier de concertation Multidisciplinaire



Zone de Soins : 01



S.I.S.D. de Wallonie picarde A.S.B.L.

N° d'entreprise : 478.027.480 – N° INAMI : 947-024-84-002

Chaussée de Renaix, 39 à 7500 Tournai

069/77.77.77 – info@sisdwapi.be – www.sisdwapi.be



DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par **l'A.S.B.L. Service Intégré de Soins à Domicile de Wallonie picarde (S.I.S.D. Wapi)** sise au 39, Chaussée de Renaix à 7500 Tournai – 069/77.77.77 – secretariat@sisdwapi.be – www.sisdwapi.be – n° d'entreprise 0478.027.480 dans le cadre de l'enregistrement des concertations selon l'A.R. du 14/05/2003.

Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées au S.I.S.D. Wapi.

Conformément au **Règlement Général sur la Protection des Données 2016/679** du 27/04/2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation du traitement ou d'opposition aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au S.I.S.D. Wapi par téléphone : 069/77.77.77 ou par mail : secretariat@sisdwapi.be.

Vous bénéficiez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission de la Protection de la Vie Privée (CPVP).

La fourniture de ses données conditionne les prestations du S.I.S.D. Wapi.

Le traitement des données à caractère personnel est non automatisé et n'est pas destiné au profilage.
En acceptant les concertations, vous acceptez le traitement de vos données par le S.I.S.D. Wapi.

DONNÉES DE LA CONCERTATION

LA CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE en date du/...../.....

a eu lieu :

- au domicile
 dans un centre hospitalier d'expertise
 ailleurs (à préciser)

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU PATIENT

(compléter ou apposer une vignette OA)

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance : / / NISS : N° OA :

DÉCLARATION DU PATIENT

(ou de son représentant)

Je, soussigné

- Nom et Prénom du **PATIENT** :
OU
 Nom et Prénom du **REPRÉSENTANT LÉGAL** :
 Accepte la réunion de concertation
 Souhaite être présent **OU** Ne souhaite pas être présent à la réunion de concertation

Signature : Patient Représentant légal du patient

Nom et signature du rédacteur du cahier de concertation :

1. CONTENU MINIMAL DU PLAN DE SOINS

- 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.

2. DOCUMENTS AJOUTÉS (peuvent être transmis à part au SISD ; indiquer par une croix si le document est joint)

- Rapport d'évaluation
 Une déclaration du médecin généraliste certifiant que le patient est une personne qui 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'elle restera encore au moins un mois à domicile avec une diminution d'autonomie physique

DISPENSATEURS DE SOINS présents lors de la concertation*

Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Discipline :	Discipline :
N° INAMI :	N° INAMI :
N° de compte :	N° de compte :
Signature :	Signature :
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Discipline :	Discipline :
N° INAMI :	N° INAMI :
N° de compte :	N° de compte :
Signature :	Signature :

DISPENSATEURS D'AIDE présents lors de la concertation*

Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Discipline :	Discipline :
Signature :	Signature :
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Discipline :	Discipline :
Signature :	Signature :

RÉSEAU INFORMEL présent lors de la concertation

Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Discipline :	Discipline :
Signature :	Signature :
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Discipline :	Discipline :
Signature :	Signature :

* En signant ce document, les dispensateurs de soins et d'aide donnent leur accord sur la concertation.



Déclaration du médecin généraliste

Je soussigné, Docteur,
certifie que M^r/M^{me} (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 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

Service des soins de santé

Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation

art. 8 de l'annexe à l'A.R. du 14/09/1984 (nomenclature des praticiens de l'art infirmier)

Chaque critère doit être évalué en tenant compte des limitations quelle que soit leur origine (par exemple une affection cardiorespiratoire, une affection locomotrice, une affection psychique, etc.) et ce, indépendamment des soins dispensés.

Se laver

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

Le patient est capable de se laver complètement sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation.

2. A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités :

- a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue(s).

La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au score « 2 ».

3. A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités :

- a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue.

La situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au score « 3 ».

4. Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

Lorsqu'une tierce personne ne le fait pas, le patient n'est pas lavé.

S'habiller

1. Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide

Le patient est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement de sa propre initiative, sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation. Il s'agit de patients qui savent ce qu'ils doivent porter et qui changent à temps de vêtements.

Le patient qui éprouve uniquement des difficultés pour nouer ses lacets appartient à cette catégorie.

2. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)

Il existe deux possibilités :

- a) Le patient a besoin d'une aide partielle active pour s'habiller et/ou se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (par exemple pour enfiler un corset, des bas à varices), ou
- b) Le patient est capable de s'habiller et/ou de se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture moyennant une stimulation (par exemple la préparation de ses vêtements) et sans la nécessité d'une surveillance continue et/ou d'une présence continue.

3. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Il existe trois possibilités :

- a) Le patient a chaque fois besoin d'une aide active partielle pour s'habiller et/ou se déshabiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est encore capable de s'habiller et/ou de se déshabiller partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue, ou
- c) Le patient a besoin d'aide pour mettre (les) orthèse(s) et/ou la (les) prothèse(s) indispensable(s) à son autonomie locomotrice (membres supérieurs et/ou membres inférieurs). Sans cette aide, le patient n'est pas capable de s'habiller décemment.

4. Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

La situation du patient a tellement évolué qu'il ne s'habille ou ne se déshabille plus du tout. Si personne ne l'aide à s'habiller, le patient porte les mêmes vêtements jour et nuit.

Transfert et déplacements

Le critère « transfert » exprime tout changement de position (de la position couchée à la station debout, de la position assise à la station debout, de la position couchée à la position assise et vice versa).

Le critère « déplacements » implique le fait d'aller d'un point à l'autre.

Aucun moyen d'immobilisation ou de contention n'est pris en considération pour l'évaluation de ce critère.

1. Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers

Le patient est autonome pour le transfert et est capable de se déplacer sans aucune aide de tiers ou d'aide(s) mécanique(s), comme il l'a toujours fait.

2. Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)

Le patient est autonome pour le transfert, éventuellement à l'aide d'auxiliaire(s) mécanique(s). Pour se déplacer, le patient utilise lui-même des aides à la marche telles des béquilles, une tribune, une chaise roulante, etc. ou s'appuie sur les meubles ; cela nécessite, le cas échéant, l'aide occasionnelle d'un tiers.

3. A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements

Il existe deux possibilités :

a) Le patient n'est jamais capable de se lever du lit le matin et/ou de se coucher le soir sans l'aide de tiers (de la position couchée à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de se mettre debout ou de s'asseoir sans l'aide de tiers (de la position assise à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide de tiers (de la position couchée à la position assise et vice versa) et/ou

b) Le patient a besoin de l'aide de tiers pour chaque déplacement

4. Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer

Le patient qui bénéficie d'une voiturette électronique remboursée et qui y séjourne la plus grande partie de la journée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, obtient un score « 4 ».

Il s'agit d'un patient qui présente des difficultés complètes, démontées et définitives de déplacement. Il ne peut se tenir debout ou marcher. Un transfert autonome de la voiturette vers une chaise, le fauteuil ou le lit ou inversement est impossible sans l'aide d'une tierce personne.

Aller à la toilette

Ce critère exprime tant l'utilisation des WC que celle de la chaise percée placée à proximité immédiate du patient.

Ce critère est chaque fois une combinaison de 3 items : se déplacer et s'habiller (baisser et relever le pantalon et éventuellement retirer et replacer du matériel d'incontinence) et s'essuyer.

1. Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer

2. A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer.

3. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.

4. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/chaise percée et s'habiller et s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer.

Continence

La modification pour le score « 2 » est d'application à partir du 1^{er} janvier 2007 (la date d'entrée en vigueur de la modification de la nomenclature des soins infirmiers à domicile qui y est associée)

1. Est continent pour les urines et les selles

2. Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)

Il existe trois possibilités :

- a) Le patient présente occasionnellement, c'est-à-dire à des moments irréguliers du rythme, des pertes involontaires d'urine et/ou de fèces, comme une incontinence due au stress ou une incontinence d'effort. Une personne qui est exclusivement incontinente pour les urines pendant la nuit doit obtenir un score « 2 ». Une personne qui est incontinente pour les urines pendant la nuit et occasionnellement incontinente pour les urines pendant la journée reçoit également un score « 2 », ou
- b) Le patient porte un anus artificiel ou une urostomie ou une sonde à demeure, ou
- c) Le patient réalise son auto-sondage

3. Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles

Il existe deux possibilités :

- a) Le patient présente une perte involontaire d'urine ou de fèces de façon permanente ou le patient n'est continent que grâce à des exercices de miction (minimum 4 fois par jour une aide à la toilette individualisée avec mention dans le plan de soins, dans le dossier infirmier ou le dossier de soins) ou cathétérisation par un tiers, ou
- b) Le patient présente en permanence un comportement inadéquat lors de l'élimination de l'urine ou des fèces.

4. Est incontinent pour les urines et les selles

Il existe deux possibilités :

- a) Le patient présente une perte involontaire d'urine et de fèces de façon permanente. Il est donc incontinent pour l'urine et les selles, ou
- b) Le patient présente en permanence un comportement inadéquat lors de l'élimination de l'urine et des fèces.

Manger

1. Est capable de manger et de boire seul

Le patient est capable de manger et de boire de manière autonome

2. A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire

Il existe deux possibilités :

- a) Le patient a surtout besoin d'une aide préalable pour manger ou boire (par exemple tartiner, couper la viande, servir la boisson, ...), ou
- b) Le patient est autonome pour manger et boire s'il dispose de moyens d'aide adaptés ou de l'aide occasionnelle de tiers ou moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue.

3. A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit

Il existe deux possibilités :

- a) Le patient a besoin de l'aide partielle de tiers au moins pendant tout le repas principal, ou
- b) Le patient reçoit une stimulation (par exemple vocale) individualisée continue (une personne qui s'occupe de maximum 3 patients pour la prise du repas durant toute la durée de celui-ci) et une surveillance active continue lors de la prise de nourriture ou de boissons.

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

Pour manger, le patient est totalement dépendant de tiers ou d'une technique de nutrition (alimentation par sonde, alimentation entérale ou parentérale, ...).

GRILLE D'ÉVALUATION : Annexe 17
(Il est **obligatoire** de répondre à chaque item)

1. AIVJ		Réalisable seul	Réalisable avec aide	Irréalisable
d360	Utiliser des appareils et des techniques de communication			
	d4602 Se déplacer en dehors de la maison et dans d'autres bâtiments, à pied			
d470	Utiliser un moyen de transport			
d570	Prendre soin de sa santé			
	d5708 Autres activités précisées relatives au fait de prendre soin de sa santé			
	d6200 Faire les courses			
	d6300 Préparer les repas simples			
d640	Faire le ménage			
	d6400 Laver le linge et les vêtements à la main et les étendre à sécher en plein air			
	d6401 Laver la cuisine et les ustensiles			
	d6402 Nettoyer la salle de séjour			
	d6403 Utiliser des appareils électroménagers			
	d6405 Éliminer les ordures			
d860	Transactions économiques élémentaires			
d920	Récréation et loisirs			

2. AVJ		Réalisable seul	Réalisable avec aide	Irréalisable
d420	Se transférer			
	d4200 Se transférer en position assise			
	d4201 Se transférer en étant couché			
	d4600 Se déplacer dans la maison			
d510	Se laver			
d530	Aller aux toilettes			
	d5300 Assurer la régulation de la miction			
	d5301 Assurer la régulation de la défécation			
	d5302 Apporter les soins au moment des menstruations			

d540	S'habiller			
	d5400 Mettre des vêtements (sur diverses parties du corps)			
	d5401 Ôter des vêtements			
	d5402 Mettre des chaussures			
	d5403 Ôter des chaussures			
d550	Manger			
d560	Boire			

		3. Fonctions de l'organisme	Oui	Non
b110		Fonctions de la conscience : état de conscience de soi et de vigilance, y compris la clarté et la continuité de l'état de veille		
b114		Fonctions d'orientation : connaissance et établissement de sa relation avec soi-même, les autres, le temps et son environnement		
b144		Fonctions d'orientation : enregistrement et emmagasinage d'information(s) et au besoin de remémoration		

		4. Fonctionnement de la personne dans son environnement	Oui	Non
	d7203	Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales		
d750		Relations sociales informelles		
	d7503	Relations informelles avec des co-résidents		
d760		Relations familiales		

		5. Facteurs externes	Oui	Non
e310		Famille proche		
e315		Famille élargie		
e320		Amis		
e115		Produits et systèmes techniques à usage personnel dans la vie quotidienne		
e155		Produits et systèmes techniques de l'architecture, de la construction et des aménagements de bâtiments à usage privé		
e340		Prestataires de soins personnels et assistants personnels		
e355		Professionnels de santé		

SOINS PROGRAMMÉS du patient

- Toilette
- Pansement
- Injection
- Insuline *Type de forfait* A B C
- Autres

RÉPARTITION DES TÂCHES
(organisation de la vie quotidienne)

	ASSURÉ PAR	QUAND
Toilette / Hygiène		
Médicaments Préparation Prise		
Repas / Préparation Déjeuner Dîner Collation Souper Menu Régime particulier		
Courses Ménagères Pharmacie Matériel médical		
Entretien Pièces habitables Chaise percée / toilettes		
Lit Réfection quotidienne Change		
Gestion du linge Lessives Repassage		
Gestion des biens		
Divers		