

N° DOSSIER :

Date de réception : / /

Cahier de Concertation Multidisciplinaire



Zone 9

DECLARATION DE CONFIDENTIALITE

Je soussigné(e), (Nom et prénom du patient) OU (Nom et prénom de son représentant) marque mon accord pour le transfert des données personnelles dans le cadre exclusif de l'aide et du soin à domicile.

Le SISD vous informe que les informations transmises sont uniquement destinées à la personne ou à la coordination à laquelle elles sont adressées. Si elles peuvent contenir une information confidentielle et/ou à caractère privé, n'importe quelle retransmission ou toute autre utilisation de ces informations sont interdites.

En acceptant les concertations, vous acceptez le traitement de vos données par le SISD Namur Meuse.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par **l'ASBL Service Intégré de Soins à Domicile Namur Meuse** sise au 2, Rue Martine Bourtonbourt à 5000 NAMUR – 0490/575666 – info@sisdnamurmeuse.be – n° d'entreprise : 0766.344.144 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 SISD Namur Meuse.

Conformément au **Règlement Général sur le 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 SISD Namur Meuse par téléphone : 0490/575666 ou par mail info@sisdnamurmeuse.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 SISD Namur Meuse.

Le traitement des données à caractère personnel est non automatisé et n'est pas destiné au profilage.

Signature du patient ou du représentant :



Données d'identification du patient :

Vignette mutuelle

NOM - Prénom :

Adresse :

NISS

Téléphone :

Médecin Généraliste (MG) : Docteur

Représentant (+ coordonnées) :

Lien de parenté :

Aidant(s) proche(s) :

Centre de coordination :

- ☐ *Vivre à Domicile Namur (VAD)* :
- ☐ *Aides et Soins à Domicile (ASD)* :
- ☐ *Centre de Soins à Domicile (CSD)* :

N° dossier SISD :

Pharmacie de référence :

Hôpital de référence :

La concertation multidisciplinaire en date du/...../..... ; a eu lieu :

- ☐ au domicile du patient
- ☐ dans un centre hospitalier
- ☐ autre (à préciser) :

Signature de la coordinatrice :

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 répond à la définition suivante :
 - Séjourne à domicile ;
 - 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 1er, 8° de l'Arrêté Royal susmentionné* ;
2. L'accord du patient ou 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 élaboré sur base de la grille BELRAI Screener 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, (cfr. BEL RAI Screener)
 - le bilan du réseau de soins formel et informel,
 - le bilan de l'environnement et de son adaptation éventuelle, (réseau aidants proches et soignants)
 - 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 et d'aides.

FORMULAIRE D'ACCORD DU PATIENT

Je, soussigné :

☐ Nom et prénom du PATIENT :

OU

☐ Nom et prénom du REPRESENTANT :

☐ Accepte la réunion de concertation

☐ N'accepte pas la réunion de concertation

ET

☐ Souhaite être présent à cette réunion de concertation

☐ Ne souhaite pas être présent à cette réunion de concertation

Signature :

Patient :

Représentant :

Centre de coordination :

(Nom et Prénom de la coordinatrice)

DECLARATION DU MEDECIN GENERALISTE

Je, soussigné, Docteur, docteur en médecine,
certifie par la présente que Mr/Mme (Nom – prénom) :
.....

Cochez la mention correspondante :

- ☐ 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.

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 et cachet du médecin



PLAN DE SOINS ET DONNEES DE FACTURATION – Annexe 64

- ☐ 152017 : réunion au domicile du patient
- ☐ 152039 : réunion en dehors du domicile du patient
- ☐ 152076 : réunion au domicile patient Etat Végétatif (EVP)
- ☐ 152098 : réunion en dehors du domicile EVP

Vignette mutuelle

Le plan de soins ci-joint est établi dans le cadre de la concertation multidisciplinaire en date du : concernant le patient susmentionné.

Discipline ¹	Nom et Prénom	N° INAMI (si d'application)	N° compte bancaire lié au N° INAMI	Signature
Service Intégré de Soins à Domicile (représenté par le centre de coordination)	SISD Namur Meuse	947-05652-002	IBAN : BE11 0689 4147 4448 BIC : GKCCBEBBXXX	
Médecin Généraliste (obligatoire)			IBAN : BE BIC :	
Infirmier(ère) (obligatoire si soins infirmiers déjà en place dans le forfait A,B ou C)			IBAN : BE BIC :	
			IBAN : BE BIC :	
			IBAN : BE BIC :	
			IBAN : BE BIC :	
			IBAN : BE BIC :	
			IBAN : BE BIC :	
			IBAN : BE BIC :	

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



VOLET CONFIDENTIEL – ANNEXE 63

PLAN DE SOINS

RAPPORT DE CONCERTATION – CONCLUSION

DOSSIER SISD N°: