

N° DOSSIER :

Date de réception : / /

Plan d'accompagnement

Concertation autour du patient psychiatrique (CAPP)



Annexe 1 : uniquement nécessaire à la première concertation

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 :

Pour un ADULTE, au cours de l'année écoulée (cocher une seule case) :

☐ a été hospitalisé pendant au moins 14 jours dans un hôpital psychiatrique ou service psychiatrique d'un hôpital général;

Ou ☐ a été pris en charge pendant au moins 14 jours par une équipe mobile "psy107" ou par un SPAD ;

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 ☐ a été pris en charge pendant un an par un psychiatre ou un centre de soins de santé mentale;

Pour les ENFANTS ET ADOLESCENTS, au cours de l'année écoulée:

☐ a été hospitalisé pendant au moins 14 jours dans un service K ;

Ou ☐ a été hospitalisé pendant au moins 14 jours dans un autre service hospitalier, où un psychiatre a été appelé en consultation (numéros de la nomenclature 599443, 599465, 596562, ou 596584);

Ou ☐ a été pris en charge pendant au moins 14 jours d'un projet outreach financé par le SPF Santé publique;

Ou ☐ a été accompagné au moins 6 mois dans un service de santé mentale;

Ou ☐ a été inscrit par la police, le parquet ou le juge de la jeunesse au plus tard un mois auparavant ;

Ou ☐ a été pris en charge pendant six mois par un pédopsychiatre ou un centre de soins de santé mentale.

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.

-
- 596562 : honoraires pour le premier examen effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, avec évaluation et rédaction du dossier de liaison central, pour des bénéficiaires âgés de moins de 16 ans, sur prescription du médecin spécialiste qui exerce la surveillance
 - 596584 : honoraires pour l'examen suivant, le traitement et le suivi, effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour des bénéficiaires âgés de moins de 16 ans, sur demande du médecin spécialiste qui exerce la surveillance
 - 599443 : honoraires pour le premier examen psychiatrique, effectué au sein du service où séjourne un bénéficiaire hospitalisé, par un médecin spécialiste en psychiatrie sur prescription du médecin qui en a la surveillance, avec dossier de liaison central
 - 599465 : honoraires pour l'examen et/ou traitement psychiatrique suivant par un médecin spécialiste en psychiatrie au sein du service où séjourne le patient

Annexe 2 : 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 DSM V 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 DSM V ou ICD 10-CM

Date

..... / /

Signature du médecin

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

DECLARATION DE CONFIDENTIALITE (RGPD)

Je soussigné(e), (Nom et prénom du patient)
OU (Nom et prénom de son représentant
légal) 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 Service
Intégré de Soins à Domicile (SISD).

Les informations recueillies via ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé. Elles
sont conservées pendant 5 ans et sont destinées au SISD mandaté pour votre zone.

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 SISD de votre zone :



SISD Namur Ouest : par téléphone [0496/929729](tel:0496929729) ou par mail à info@sisdno.be



SISD Namur Meuse : par téléphone [0490/575666](tel:0490575666) ou par info@sisdnamurmeuse.be



SISD UOAD (Namur Sud) : par téléphone [0475/317073](tel:0475317073) ou par mail à sisd.uoad@gmail.com

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

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

Signature du patient ou du représentant légal :

1. DONNEES D'IDENTIFICATION DU PATIENT

VIGNETTE DE MUTUELLE
OU D'HOSPI

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Nom :	Prénom :
NISS : _ _ _ _ _ - _ _ - _ _	Téléphone/GSM :
Sexe : M – F	Email :
Domicile légal	
Rue et n°	
CP :	Localité :
Lieu de vie (si différent du domicile légal)	
Rue et n°	
CP :	Localité :

IDENTIFICATION DES RESPONSABLES (uniquement si le patient est mineur ou placé sous tutelle)	
Responsable 1 : père – mère – tuteur légal – autre :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	
Responsable 1 : père – mère – tuteur légal – autre :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :

2. IDENTIFICATION DU RÉSEAU

PERSONNE DE RÉFÉRENCE (peut être contactée par tous à tous moments)

Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU D'HOSPITALISATION

Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	

PROFESSIONNEL(S) DE LA SANTÉ MENTALE

Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	

AUTRES PROFESSIONNEL(S) SOINS ET D'AIDE	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	

PROCHES (FAMILLE – AMIS)	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	
Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	

CENTRE DE COORDINATION ACTIF	
Nom :	Prénom :
Centre :	Fonction :
Téléphone/GSM :	Email :
Adresse :	

3. PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

EPISODES DE SOINS ENTRE LE/...../..... ET LE/...../..... POUR (NOM ET PRÉNOM DU PATIENT) :

Données qui peuvent avoir de l'importance pour la suite de l'aide et des soins (contexte, situation récente):

Plan d'urgence (continuité du soir du WE) :

Objectifs généraux recherchés avec le patient :

OBJECTIFS ET TÂCHES PAR ÉPISODE DE SOINS

Définir au moins 3 tâches dont au moins 1 pour le secteur de la santé mentale.

Objectifs généraux recherchés avec le patient, tâches convenues, activités de soins et responsabilités des professionnels de soins de santé, d'aide et des aidants informels ainsi que le patient lui-même pour atteindre les objectifs précités.

ID	NOM ET PRENOM	TACHE OU ACTIVITE
1	(obligatoire : santé mentale)	<u>Description :</u>
		<u>Fréquence :</u>
2		<u>Description :</u>
		<u>Fréquence :</u>
3		<u>Description :</u>
		<u>Fréquence :</u>

ID	NOM ET PRENOM	TACHE OU ACTIVITE
4		<u>Description :</u>
		<u>Fréquence :</u>
5		<u>Description :</u>
		<u>Fréquence :</u>
6		<u>Description :</u>
		<u>Fréquence :</u>

1. La motricité

Aptitudes locomotrices, postures, aptitudes de base au niveau locomoteur, la motricité fine, les aptitudes locomotrices, les capacités à effectuer des activités physiques.

2. La langue et la communication

Aspects réceptifs et expressifs, possibilité d'avoir des contacts avec autrui.

3. Adaptation sociale

Connaissance et image de soi, attitude envers autrui, participation à la vie en communauté.

4. Le travail

Motivation, compétences et aptitudes de base, capacité à s'intégrer dans une équipe.

5. Autonomie au sein de la collectivité

Se déplacer, utiliser les moyens de transport, faire des achats, gérer l'argent, respecter les lois et règlements de la société.

6. Comportement personnel adapté

Attitudes ou comportements qui devraient disparaître.

7. Autonomie de base

Se nourrir, se laver, aller aux toilettes, s'habiller.

8. Autonomie en matière de logement

Organisation journalière sur le plan ménager : cuisiner, faire le ménage, laver, repasser, veiller à sa santé, veiller à sa sécurité.

9. Aptitudes intellectuelles

Connaissances élémentaires, lecture, écriture, calcul.

4. DONNEES CONCERNANT LA PARTICIPATION A LA REUNION DE CONCERTATION

NOM et PRENOM du patient :	Signature (patient ou représentant légal) :
Date de la concertation : / /	Durée de la concertation : h
Concertation ☐ 1 – ☐ 2 – ☐ 3 / ☐ 4 – ☐ 5 pour les enfants et adolescents	Lieu de la réunion : ☐ Au domicile ☐ Ailleurs
L'organisateur confirme avoir invité le médecin généraliste à cette concertation : ☐ Oui ☐ Non	
Date de la prochaine concertation (obligatoire dans les 12 mois suivants) :	Date de la concertation suivante : / /

Minimum 3 types différents de professionnels dont 1 du secteur des soins de santé mentale et 1 du secteur des soins ou aides de 1ère ligne.
Maximum 4 forfaits de participation dont deux maximums pour les structures.

Discipline/ lien avec le patient	Nom-Prénom	N° INAMI (si d'application)	N° compte bancaire	Signature
Organisateur (obligatoire) Discipline :			IBAN : BE __ - _____	
Personne de référence (obligatoire) Discipline :			IBAN : BE __ - _____	
Santé mentale (obligatoire) Discipline :			IBAN : BE __ - _____	
Soins de 1 ère ligne (obligatoire) Discipline :			IBAN : BE __ - _____	
Discipline/ lien avec le patient :			IBAN : BE __ - _____	
Discipline/ lien avec le patient :			IBAN : BE __ - _____	

Discipline/ lien avec le patient	Nom-Prénom	N° INAMI (si d'application)	N° compte bancaire	Signature
Discipline/ lien avec le patient :			IBAN : BE _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _	
Discipline/ lien avec le patient :			IBAN : BE _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _	
Discipline/ lien avec le patient :			IBAN : BE _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _	
Discipline/ lien avec le patient :			IBAN : BE _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _	
Discipline/ lien avec le patient :			IBAN : BE _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _	
Discipline/ lien avec le patient :			IBAN : BE _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _	
Discipline/ lien avec le patient :			IBAN : BE _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _	
Discipline/ lien avec le patient :			IBAN : BE _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _	
Discipline/ lien avec le patient :			IBAN : BE _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _	