# **Plan d’accompagnement C:\Users\Admin\Pictures\psy.jpg suivi**

*- Version du 27/01/2015 –*

**Concertation 2 3**

**PARTIE 1 : DONNÉES D’IDENTIFICATION**

## **Données d’identification du patient**

**NOM - Prénom** :

**Adresse** :

**Date de naissance** :

**N° d’inscription organisme assureur** :

***Collez ici la vignette mutuelle***

Ce plan d’accompagnement est établi dans le cadre de la **concertation multidisciplinaire autour du patient psychiatrique facturée par le SISD et financée par l'INAMI.**

Pour rappel, le service intégré de soins à domicile veille au respect des conditions de facturation et facture aux organismes assureurs la rémunération pour participation à la concertation, pour la personne de référence et pour l’organisateur/coordinateur. I**l est donc impératif de fournir conformément à l'Arrêté Royal du 27 mars 2012 un plan d’accompagnement comprenant au minimum :**

* **Données d’identification**
* Données d’identification du patient
* Coordonnées des dispensateurs de soins de santé et dispensateurs d’aide et aidants informels
* Liste de numéros de téléphone et adresses e-mail des services pouvant être contactés (à disposition du patient ou de sa famille) et à quels moments + en cas d’hospitalisation urgente + qui est la personne de référence
* **Données pouvant également servir au SISD dans le cadre de la facturation**
* Date concertation
* Présences concertation
* Lieu (domicile ou ailleurs)
* Date concertation suivante
* Données d’identification de la personne de référence
* Données d’identification de l’organisateur et coordinateur de la concertation
* Données desquelles il ressort que le patient satisfait aux critères du groupe cible
* **Données qui peuvent avoir de l’importance pour la suite de l’aide et des soins**
* **Objectifs généraux recherchés avec le patient** (les tâches convenues ci-après représentent une activité/un acte pour atteindre ces objectifs)
* **Description par épisode de soins (=** période entre 2 moments de concertation prévus)

Des tâches convenues, activités de soins et responsabilités tant des dispensateurs de soins de santé, dispensateurs d’aide et aidants informels que du patient lui-même

**Partie 2 : objectifs et tâches par épisode de soins**

## **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**

|  |  |
| --- | --- |
| DOMAINES |  |
| Synthèses des Résultats / Changements |  |
| Nouveaux objectifs  Quoi en détail ?  (compétences / activités / démarches) |  |
| Moyens mis en œuvre  COMMENT ? |  |
| Personnes Responsables  QUI ? |  |
| Détail de réalisation  QUAND ? |  |
| Résultats obtenus / Evaluation  Date : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DOMAINES |  |
| Synthèses des Résultats / Changements |  |
| Nouveaux objectifs  Quoi en détail ?  (compétences / activités / démarches) |  |
| Moyens mis en œuvre  COMMENT ? |  |
| Personnes Responsables  QUI ? |  |
| Détail de réalisation  QUAND ? |  |
| Résultats obtenus / Evaluation  Date : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DOMAINES |  |
| Synthèses des Résultats / Changements |  |
| Nouveaux objectifs  Quoi en détail ?  (compétences / activités / démarches) |  |
| Moyens mis en œuvre  COMMENT ? |  |
| Personnes Responsables  QUI ? |  |
| Détail de réalisation  QUAND ? |  |
| Résultats obtenus / Evaluation  Date : |  |

**Partie 3 : compte-rendu de la réunion**

**Partie 4 : modifications du plan d’accompagnement**

**Coordonnées des professionnels de la santé, de l’aide et des aidants informels**

**Liste des services pouvant être contactés par le patient et/ou sa famille**

**Groupe-cible**

**Diagnostic**

**Echelles d’évaluation**

*Mentionnez le type (RAI ou RPM), la section et le point concernés*

**Partie 5 : données concernant les réunions de concertation**

## **Données administratives**

* Date de la réunion :

🔿 1ère concertation

🔿 2ème concertation

🔿 3ème concertation

de l’année en cours

* Lieu : 🔿 Domicile 🔿 Ailleurs

* Durée :
* Suivi : 🔿 Pas de concertation

🔿 Date de la concertation suivante :

* 1ère concertation :
* 2ème concertation :
* 3ème concertation :

## **Liste des participants**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discipline  +cochez la bonne mention** | **NOM – Prénom**  **+fonction** | **N° INAMI** | **N° compte bancaire**  **lié au n° INAMI** | **Signature** |
| **Personne de référence** |  |  | IBAN :  BIC : |  |
| **Organisateur et coordinateur de la concertation** |  |  | IBAN :  BIC : |  |
| * **Santé mentale** * **1ère ligne** |  |  | IBAN :  BIC : |  |
| * **Santé mentale** * **1ère ligne** |  |  | IBAN :  BIC : |  |
| * **Santé mentale** * **1ère ligne** |  |  | IBAN :  BIC : |  |
| * **Santé mentale** * **1ère ligne** |  |  | IBAN :  BIC : |  |
| * **Santé mentale** * **1ère ligne** |  |  | IBAN :  BIC : |  |
| * **Santé mentale** * **1ère ligne** |  |  | IBAN :  BIC : |  |
| * **Santé mentale** * **1ère ligne** |  |  | IBAN :  BIC : |  |
| **Autres : à préciser** | | | | |
| **Aidants informels** |  |  |  |  |
| **Patient** |  |  |  |  |

A COMPLETER PAR LE SISD

Date ... / … / …… FACTURE N° … - … DOSSIER N° … / ….

NOM-Prénom et signature du responsable du SISD