



Plan d'accompagnement Ψ suivi

- Version du 27/01/2015 -

Concertation 2 3

PARTIE 1 : DONNÉES D'IDENTIFICATION

I. 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.**

1

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/coordonateur. **Il 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.



Partie 2 : objectifs et tâches par épisode de soins

- I. 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

I. Données administratives

- Date de la réunion :
 - 1^{ère} concertation
 - 2^{ème} concertation
 - 3^{ème} concertationde l'année en cours
- Lieu : Domicile Ailleurs
- Durée :
- Suivi : Pas de concertation
 - Date de la concertation suivante :
- 1^{ère} concertation :
- 2^{ème} concertation :
- 3^{ème} concertation :

II. Liste des participants

Discipline +cochez la bonne mention	NOM – Prénom +fonction	N° INAMI	N° compte bancaire <u>lié au n° INAMI</u>	Signature
Personne de référence			IBAN : BIC :	
Organisateur et coordinateur de la concertation			IBAN : BIC :	
<input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1^{ère} ligne			IBAN : BIC :	
<input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1^{ère} ligne			IBAN : BIC :	
<input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1^{ère} ligne			IBAN : BIC :	
<input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1^{ère} ligne			IBAN : BIC :	
<input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1^{ère} ligne			IBAN : BIC :	
<input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1^{ère} ligne			IBAN : BIC :	
<input type="radio"/> Santé mentale <input type="radio"/> 1^{ère} 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