

# SISD Luxembourg

Service intégré de Soins à Domicile  
en Province de Luxembourg

N° INAMI : 947-033-75-002

## PLAN DE SOINS

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

### Données d'identification du patient

*(Compléter ou apposer une vignette O.A.)*

Nom et prénom: .....

Adresse: .....

Numéro de téléphone: .....

Date de naissance: .....

Numéro d'inscription O.A.: .....

Numéro de registre national: .....

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 14 mai 2003 et à l'Arrêté Ministériel du 18 novembre 2005**

- 1) Une déclaration du médecin généraliste certifiant que le patient répond à la définition suivante:
  - séjourner à domicile;
  - est admise dans une institution où un retour à domicile est planifié dans les 8 jours et pour laquelle on suppose qu'elle restera encore au moins un mois à domicile;
  - avec une diminution d'autonomie physique.
- 2) L'accord du patient et 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 concerné, signé par ces dispensateurs de soins ou d'aide.
- 4) Le plan de soins 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, 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.

**Réservé au SISD**

Date de réception:

Dossier n°:

# SISD Luxembourg

Service Intégré de Soins à Domicile  
en Province de Luxembourg

## Formulaire d'acceptation de la réunion de concertation

→ Je soussigné  patient ou  représentant légal du patient

Nom et prénom du patient: .....

**ou**

Nom et prénom du représentant légal: .....

accepte la réunion de concertation

n'accepte pas la réunion de concertation

souhaite participer à la réunion de concertation

ne souhaite pas participer à la réunion de concertation

Date de la réunion: .....

Lieu de la réunion: .....

Adresse: .....

Localité: .....

→ Avec les personnes suivantes (cocher uniquement les personnes présentes):

mon médecin

mon infirmier(e)

mon kiné

mon assistant(e) social(e)

mon coordinateur

mon aide familiale

ma famille

mon voisin

autres

→ Signature:

Le patient

ou

son représentant légal

Dossier n°:

# SISD Luxembourg

Service Intégré de Soins à Domicile  
en Province de Luxembourg

---

## Déclaration du médecin généraliste

Je soussigné, ....., docteur en médecine,  
certifie par la présente que mon patient: .....  
domicilié à:.....

- séjourne à domicile;
- ou est admis dans une institution ou un retour à domicile est planifié dans un délai de 8 jours et pour lequel on suppose qu'il restera au moins un mois à domicile;
- avec une diminution d'autonomie physique.

Signature et cachet du médecin

Dossier n°

# SISD Luxembourg

Service Intégré de Soins à Domicile  
en Province de Luxembourg

## Bilan du réseau de soins

### 1) Les dispensateurs de soins

Disciplines	Nom et prénom	Coordonnées: Adresse et téléphone	Tâches et fréquence	Signature <sup>1</sup>
Médecin généraliste				
Infirmière				
Kinésithérapeute				
Logopède				
Pharmacien				
Autre(s) (à préciser)				

Dossier n°:

<sup>1</sup> Par leur signature, les dispensateurs de soins et d'aide participants déclarent qu'ils sont d'accord avec le plan de soins ci-joint.

## SISD Luxembourg

Service Intégré de Soins à Domicile  
en Province de Luxembourg

### 2) Les dispensateurs d'aide

Service(s) ou personne(s)	Nom du service	Nom, prénom et fonction de l'intervenant	Coordonnées: Adresse et téléphone	Tâches et fréquence	Signature
Service d'aides familiales					
Service d'aides ménagères					
Service de gardes-malades					
Equipe de soins palliatifs					
Service de biotélévigilance					
Service de repas à domicile					
Aides techniques et aménagement du domicile					
Service social					
Autre(s) (à préciser)					

Dossier n°:



# SISD Luxembourg

Service Intégré de Soins à Domicile  
en Province de Luxembourg

## 3) Entourage

Nom et prénom	Lien avec le patient	Coordonnées: Adresse et téléphone	Signature <sup>2</sup>	Remarques

## 4) Centre de coordination mandaté par SISD

Nom et prénom du rédacteur	Coordonnées: Adresse et téléphone	Remarques

Dossier n°:

<sup>2</sup> Par leur signature, l'entourage déclare avoir pris connaissance du plan de soins ci-joint.

# SISD Luxembourg

Service Intégré de Soins à Domicile  
en Province de Luxembourg

---

## 5) Concertation multidisciplinaire

---

Objectifs et décisions de la concertation	
---	--

**Date**

**Signature du rédacteur**

**Dossier n°**

# SISD Luxembourg

Service Intégré de Soins à Domicile  
en Province de Luxembourg

## ANNEXE 1

### 1) BILAN fonctionnel des activités instrumentales de la vie quotidienne, des activités de la vie quotidienne de l'environnement et de son adaptation éventuelle

1. AIVJ	Fait	Fait avec aide	Ne fait pas
• Utiliser des appareils et des techniques de communication (téléphone, machine à écrire, ...)			
• Se déplacer en dehors de la maison et d'autres bâtiments sans utiliser de moyens de transport			
• Utiliser un moyen de transport en tant que passager			
• Prendre soin de sa beauté (bien être physique et mental)			
• Faire les courses			
• Préparer les repas			
✓ Faire le ménage			
• Faire le ménage (linge, faire sécher)			
• Laver la cuisine et les ustensiles			
• Nettoyer la salle de séjour			
• Utiliser des appareils électroménagers			
• Eliminer les ordures			
• Transactions économiques élémentaires (gestion budgétaire)			
• Récréation et loisirs (vacances, activités culturelles, sportives, ...)			
2. AVJ	Fait	Fait avec aide	Ne fait pas
✓ Se transférer			
• Se transférer en position assise (ex: d'une chaise roulante au siège auto...)			
• Se transférer en étant couché			
• Se déplacer dans la maison			
• Se laver			
✓ Aller aux toilettes			
• Assurer la régulation de la miction			
• Assurer la régulation de la défécation			
• Apporter les soins au moment des menstruations			
✓ S'habiller			
• Mettre des vêtements			
• Oter des vêtements			
• Mettre des chaussures			
• Oter des chaussures			
✓ Manger			
✓ Boire			
3. Fonctions de l'organisme	Oui	Non	
• Fonctions de la conscience (état de conscience de soi et de vigilance)			
• Fonctions d'orientation (rapport avec soi-même, les autres, le temps et son environnement)			
• Fonctions de la mémoire (enregistrement d'infos, remémoration, ...)			
4. Fonctionnement de la personne dans son environnement social	Oui	Non	
• Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales			
• Relations sociales informelles (engager relation avec autrui)			
• Relations informelles avec des co-résidents (instaurer et entretenir une relation avec les personnes vivant sous le même toit ou autre habitation)			
• Relations familiales			
5. Facteurs externes	Oui	Non	
• Famille proche (parent, frère, soeur, ...)			
• Famille élargie (tantes, oncles, ...)			
• Amis			
• Produits et systèmes techniques à usage personnel dans la vie quotidienne			
• Produits et systèmes techniques de l'architecture, de la construction et des aménagements dans le bâtiment à usage privé			
• Prestataires de soins personnels et assistants personnels (bénévoles, prestataires de services et d'entretien ménager, ...)			
• Professionnels de la santé			

Dossier n°

# SISD Luxembourg

Service Intégré de Soins à Domicile  
en Province de Luxembourg

## ANNEXE 2

### 2. DONNEES DE FACTURATION

SISD Luxembourg  
Service Intégré de Soins  
rue de Hedrée 21  
6900 WAHA

N° de mutuelle  
ou  
vignette

N° INAMI : 947-033-75-002

N° Cpte B: 001-5198116-59

Date de la réunion de concertation multidisciplinaire: .....

Nom et prénom du patient: .....

- Concertation au domicile du patient  
 Concertation en dehors du domicile du patient  
(Cocher la case correspondante)

Intervenants	N° INAMI	N° de compte bancaire
Médecin généraliste		
Infirmier(e)		
Kinésithérapeute		
Logopède		
Pharmacien		
Autre(s) (à préciser)		
SISD Luxembourg		