



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

Nom et prénom:

Adresse:

Numéro de téléphone:

Date de naissance:

A d r e s s e

mail:

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.



Service Intégré de Soins à Domicile en Province de Luxembourg

Réservé au SISD

Date de réception:

Dossier n



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

N o m e t p r é n o m d u patient:

Nom et prénom du représentant légal:

accepte la réunion de concertation
souhaite participer à la réunion de concertation

n'accepte pas la réunion de concertation
ne souhaite pas participer à la réunion de concertation

donne mon consentement pour la collecte, le traitement et le transfert de données personnelles me concernant. Lors de cette réunion, j'autorise qu'il y ait un échange entre les professionnels sur des informations utiles et pertinentes me concernant nécessaires à ma prise en charge.

Date de la réunion:

Lieu de la réunion: Domicile
Extérieur (préciser adresse) :

.....
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°:



Service Intégré de Soins à Domicile en Province de Luxembourg

« Vos données sont traitées conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection de données à caractère personnel.

À tout moment vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, les modifier, supprimer ou exercer votre droit d'opposition.

Pour ce faire, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : info@sisdlux.be »

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;

Peut répondre au profil du projet Chronilux.

Signature et cachet du médecin

Dossier n°



Service Intégré de Soins à Domicile en Province de Luxembourg



Profil du patient Chronilux :

Patient habitant la Province du Luxembourg bénéficiant d'une concertation et présentant un de ces profils :

- **1. Patient diabétique de type 2 avec ou sans affection cardiovasculaire.**

- **2. Patient présentant une affection cardiovasculaire chronique :**
Accident vasculaire cérébral, troubles cardiaques, maladies cardio-vasculaires (angine et crise cardiaque), arythmie, un trouble du rythme cardiaque, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, phlébite, etc ...

- **3. Syndrome métabolique :**



Service Intégré de Soins à Domicile en Province de Luxembourg

Selon l'IDF en 2005 (International Diabetes Federation) et pour des personnes de race européenne, la définition est la suivante :

« Un individu est porteur d'un syndrome métabolique lorsqu'il présente :

Une obésité abdominale (tour de taille) pour les hommes ≥ 94 cm et pour les femmes ≥ 80 cm. (Le tour de taille remplace la BMI qui peut être normale malgré une obésité abdominale) et 2 des 4 critères suivants :*

- *Triglycérides ≥ 150 mg/dl ou hypertriglycémie traitée.*
- *HDL < 40 mg/dl pour les hommes et 50mg/dl pour les femmes.*
- *TA $\geq 130/85$ mm Hg ou une hypertension traitée*
- *Glycémie ≥ 100 mg/dl ou un diabète de type 2 traité »*

(*) Présence obligatoire dans la définition de l'IDF, mais seuil variable selon l'ethnie (valeurs du tableau valables pour les sujets européens)



Consentement à l'utilisation des données personnelles dans le cadre
du projet Chronilux



Service Intégré de Soins à Domicile en Province de Luxembourg

Je souhaite intégrer le projet Chronilux et j'autorise le projet à :

- Utiliser mes coordonnées afin de m'envoyer par mail ou par courrier postal des informations relatives aux activités du projet.
- Me contacter par email, par courrier ou par téléphone afin de répondre à des enquêtes de satisfaction.
- Utiliser mes données de façon anonyme pour l'évaluation des actions du projet.

Signature du patient



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
Médecin généraliste				
Médecin spécialiste				
Infirmière				
Infirmière diabétologie				



Service Intégré de Soins à Domicile en Province de Luxembourg

Kinésithérapeu te				
Logopède				
Ergothérapeute				
Pharmacien				
Autres (à préciser)				

D o
ssie
r n°
:



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 de gardes à domicile					
Equipe de soins palliatifs					
Service social					
Autres (à préciser) :					

Dossier n° :
:



3) Entourage

Nom et prénom	Lien avec le patient	Coordonnées: Adresse et téléphone	Signature	Remarques

4) Centre de coordination mandaté par SISD

Nom et prénom du rédacteur	Coordonnées: Adresse et téléphone	Remarques

D o
ssie
r
n°:



Service Intégré de Soins à Domicile en Province de Luxembourg

5) Concertation multidisciplinaire

Objectifs et décisions de la concertation :

--	--

Date

Dossier n°

Signature du rédacteur



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			



Service Intégré de Soins à Domicile en Province de Luxembourg

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°

ANNEXE 2

2. DONNEES DE FACTURATION

N° de mutuelle
ou
vignette

SISD Luxembourg
Service Intégré de Soins à Domicile en Province de Luxembourg
Rue des Jardins 46
6600 BASTOGNE

N° INAMI : 947-033-75-002

Compte bancaire: BE84 0015 1981 1659



Service Intégré de Soins à Domicile en Province de Luxembourg

Date de la réunion de concertation multidisciplinaire:

Nom et prénom du patient:

Type de forfait :

Forfait A Forfait B Forfait C Palliatif Nomenclature

Intervenants	N° INAMI	Compte IBAN
SISD Luxembourg	94703375002	BE84 0015 1981 1659