

# Annexe I - Modèle de fiche d'appel

Identification du centre de coordination

Numérotation de la fiche d'appel et lien avec le dossier de coordination lorsqu'il existe

Date<sup>1</sup>: ..... Heure<sup>2</sup>: .....  
Reçu par: ..... Transmis à: .....

• **Origine de l'appel**

- Hôpital : cocher     service social     service clinique     autre : .....
- Bénéficiaire
- Famille/entourage
- Médecin généraliste
- Service social
- CPAS
- Autre CCSSD
- Intervenant d'aide ou de soins
- Autre (à préciser) : .....

Nom: ..... Adresse:<sup>3</sup>.....

Fonction( si service professionnel) / Lien( si famille /entourage) : .....

Téléphone:

A recontacter : OUI / NON

• **Bénéficiaire**

Nom: ..... Prénom: ..... Conjoint/cohabitant: .....

Adresse: ..... N°: ..... Etage: .....

.....

Code postal : ..... Commune:.....

Tél.: ..... Date de naissance: .....

GSM: ..... Mutuelle: .....

BIM /OMNIO: OUI – NON\* (\* Biffer la mention inutile) .....

Bénéficiaire informé de l'appel : OUI / NON

Contact/Personne de référence<sup>4</sup> :

Nom: ..... Adresse: ..... Tél. privé : .....

Tél. prof. : .....

GSM:.....

Lien avec le bénéficiaire: .....

Contact/Personne Personne de référence :

Nom: ..... Adresse: ..... Tél. privé : .....

Tél. prof. : .....

GSM:.....

Lien avec le bénéficiaire: .....

Contact/Personne Personne de référence :

Nom: ..... Adresse: ..... Tél. privé : .....

Tél. prof. : .....

GSM:.....

Lien avec le bénéficiaire: .....

• **Médecin généraliste**

Nom :.....Prénom.....Adresse :.....

<sup>1</sup> Mention obligatoire

<sup>2</sup> Mention obligatoire

<sup>3</sup> Mention facultative

**1. Demande d'information**  
**Services**

Aide

Soins

Social

Autre

**2'. Clarification de la demande**

Par téléphone

Visite

Autre

**2. Orientation vers**

Aide

- Aides Familiales  Aides Ménagères  Garde à Domicile
- Titres-Services  Garde d'enfants malades  Prêt de matériel
- Ergothérapie  Biotélévigilance  Brico-dépannage
- Coiffure  Pédicure  Transport  Repas

**Pour chaque item, indication des références du service ou du prestataire**

Soins

- Infirmiers  Dentiste
- Kinésithérapie
- Logopédie

Pour chaque item, indication des références du service ou du prestataire

Social : (interventions INAMI, interv financière matériel , forfait incontinence, documents patient palliatif, exonération TVA, tarif social, carte parking handicapé, ...)

Si autre démarche précisez : .....

Autre:.....

**Réorientation vers (nom du service)**

Aide

- Aides Familiales  Aides Ménagères  Garde à Domicile
- Titres-Services  Garde d'enfants malades  Prêt de matériel
- Ergothérapie  Biotélévigilance  Brico-dépannage
- Coiffure  Pédicure  Transport  Repas

**Pour chaque item, indication des références du service ou du prestataire**

Soins

- Infirmiers  Dentiste
- Kinésithérapie
- Logopédie

Pour chaque item, indication des références du service ou du prestataire

Social : (interventions INAMI, interv financière matériel , forfait incontinence, documents patient palliatif, exonération TVA, tarif social, carte parking handicapé, ...)

Si autre démarche précisez : .....

Autre:.....

Commentaires :

.....  
.....  
.....  
.....

---

<sup>4</sup> Mention par ordre de priorité

- **Situation du bénéficiaire**

- Urgente <sup>5</sup>       OUI     NON
- A domicile <sup>6</sup>
- A l'hôpital : ..... – Adresse: .....Sortie prévue le .....
- Pers. de référence : .....
- En MR/MRS : .....– Adresse: .....Sortie prévue le .....
- Pers. de référence : .....
- Autre: .....

- **Commentaires éventuels :**

---

<sup>5</sup> Mention obligatoire. Il s'agit d'une demande de mise en place dans les 24 heures.

<sup>6</sup> Mention obligatoire

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement wallon du 17 décembre 2009 portant application du décret du 30 avril 2009 relatif à l'agrément des centres de coordinations des soins et de l'aide à domicile en vue de l'octroi de subventions.

Namur, le 17 décembre 2009.

Le Ministre-Président,

R. DEMOTTE

La Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances,

Mme E. TILLIEUX