Annexe 79

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

Soins Infirmiers — Echelle d'évaluation

— justifiant la demande d'honoraires forfaitaires par journée de soins (1)
— notifiant des soins de toilette (1)

Identification du bénéficiaire

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

N° d'inscription O.A. : .....

Je soussigné(e) ..... inscrit(e)

sur la liste des praticiens de l'art infirmier de l'I.N.A.M.I. sous le n° : |_| |_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|

déclare que, conformément à la nomenclature des soins infirmiers, la dépendance physique du bénéficiaire peut être décrite comme suit :
Echelle d'évaluation

Critère	Score	1	2	3	4
Se laver		peut complètement se laver sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'habiller		peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
Se déplacer		peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers	peut se lever de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécaniques pour se déplacer de façon autonome (béquilles, chaise roulante)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et/ou se déplacer	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
Aller à la toilette		peut aller seul à la toilette et s'essuyer	a besoin de l'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer	ne peut aller à la toilette ni sur une chaise percée
Continence		est continent pour les urines et les selles	est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines ou les selles (y compris exercices de miction)	est incontinent pour les urines et les selles
Manger		peut manger et boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger et boire

et donne connaissance au médecin-conseil qu'il/elle commence les soins chez le bénéficiaire :

en date du .....

pendant une période de ..... *semaine/mois* (1)

à raison de ..... jours de soins par semaine

..... toilette(s) par jour/par semaine (1)

..... visites par jour (2)

Si des soins ont été prescrits, identification du médecin prescripteur :
nom ....., n° INAMI : |_| |_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|

Cette demande est *une première demande / une prolongation / une modification* (1).

Centre de jour (3) .....

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus, le *forfait A / forfait B / forfait C* (1) est demandé, des soins de toilette sont notifiés (1).

Le certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, permettant de considérer le bénéficiaire comme désorienté dans le temps et l'espace est/n'est pas (1) joint (Article 8, § 6 de la nomenclature).

Le praticien de l'art infirmier,
(date, nom et signature)

(1) Biffer la mention inutile.
(2) en cas de demande d'un forfait C.
(3) le cas échéant indiquer l'adresse.

Mod. 703ter. F

Vu pour être annexé au règlement du 22 novembre 1999 modifiant l'arrêté du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire sois de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. Praet.

Le Président,
D. Sauer.