

ANNEXE 98

**PLAN DE SOINS**  
**pour le Service intégré de soins à domicile suivant:**  
..... (nom et n° d'INAMI du service)

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

1. Données d'identification du patient  
(compléter ou apposer une vignette O.A.)

Nom et prénom: .....  
Adresse: .....  
Date de naissance: .....  
Numéro d'inscription O.A.: .....

2. Participants à la concertation multidisciplinaire

Nom	Discipline	Nr. INAMI (si d'application)	Signature
.....	Médecin généraliste	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	Patient ou personne de son entourage	.....	.....

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

3. Déclarations du patient

\* Je marque mon accord sur les participants dans la concertation. Signature: .....

\* Si le patient ou une personne de son entourage qu'il a désignée ne désire pas être présent, le patient (ou son représentant) doit signer la déclaration suivante:

Je, (nom du patient ou nom et adresse du représentant) déclare que ma présence ou celle d'une personne désignée par moi n'est pas nécessaire à la concertation multidisciplinaire susmentionnée.  
Date  
  
Signature

4. Contenu minimal du plan de soins

- 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.

5. Documents ajoutés (peuvent être transmis à part au SISD)

(Indiquer par une croix si le document est joint)

- Rapport d'évaluation
- Une déclaration du médecin généraliste certifiant que le patient a déjà satisfait pendant au moins 45 jours civils aux critères pour le forfait A, B ou C, comme il est stipulé à la rubrique II de l'article 8, § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3° de la nomenclature des prestations de santé, à l'aide d'une échelle d'évaluation définie à l'article 8, § 5, 1° de la nomenclature des prestations de santé. Cette déclaration peut être remplacée par une copie de l'échelle d'évaluation justifiant la demande d'honoraires forfaitaires par journée de soins, adressée au médecin-conseil si le patient est soigné dans le cadre d'un forfait A, B ou C. Dans ce cas, la date de la première prestation dans le cadre de ce forfait A, B ou C compte pour déterminer si la période des 45 jours civils a été atteinte.

Vu pour être annexé au règlement du 28 avril 2003 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
F. PRAET

Le Président,  
D. SAUER