Annexe 125

Modèle de la fiche d'appel visée à l'article 1518

Identification du centre de coordination

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

Date[4] : ..... Heure[5] : .....
Reçu par : ..... Transmis à : .....

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

  Nom : ..... Adresse :[6] .....

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

  Téléphone :

  A recontacter : OUI / NON

- **Bénéficiaire**

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

  Adresse : ..... N° : ..... Étage : .....

  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[7] :

  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 : .....

[4] Mention obligatoire
[5] Mention obligatoire
[6] Mention facultative
[7] Mention par ordre de priorité

Contact/Personne Personne de référence :

Nom: ..... Adresse: ..... Tél. privé :.....
Tél. prof. : .....
GSM:.....

Lien avec le bénéficiaire: .....

- **Médecin généraliste**

Nom : .....Prénom : .....Adresse : .....

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

Tél. : ..... GSM : ..... Fax : .....

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:.....

□ 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 :

.....

.....

.....

.....

- **<u>Situation du bénéficiaire</u>**

  Urgente [8] ☐ OUI ☐ NON

  ☐ A domicile [9]

  ☐ A l'hôpital : ……. – Adresse: .....

  Sortie prévue le .....

  Pers. de référence : ……

  ☐ En MR/MRS : …….– Adresse: .....

  Sortie prévue le .....

  Pers. de référence :……

  ☐ Autre: .....

- **Commentaires éventuels :**

[8] Mention obligatoire. Il s'agit d'une demande de mise en place dans les 24 heures.
[9] Mention obligatoire