

## Annexe I

A ENVOYER SOUS ENVELOPPE FERMEE AU MEDECIN-CONSEIL

### Avis médical pour l'intervention financière pour un patient bénéficiant de soins palliatifs à domicile

Nom du patient: .....	Mutualité: .....
Adresse du patient: .....	Numéro d'affiliation: .....
.....	Numéro de compte: .....

☐ Répond à la définition de patient palliatif - bénéficiaire d'une intervention financière:

Diagnostic en matière de soins palliatifs:

soit(1) ☐ Patient avec assistance de l'équipe palliative.

Nom d'une équipe ou, le cas échéant, du réseau.

Date de la première assistance.

soit(1) ☐ Patient sans assistance de l'équipe palliative, uniquement assisté par les dispensateurs de soins habituels qui s'engagent à réaliser la totalité des soins palliatifs de façon compétente.

La continuité des soins médicaux organisés par le médecin de famille, aussi durant les heures de garde et le week-end (remplacement éclairé) est assurée. Chaque semaine il doit y avoir une réunion interdisciplinaire avec au moins le médecin de famille. Un plan de soins formel et/ou un cahier de communication sont tenus à jour. Après le décès du patient, le médecin de famille garde ces documents dans le dossier du patient.

Il est satisfait à 2 des 3 conditions mentionnées ci-après(2):

☐ ☐ Assistance et surveillance permanentes, concrétisées par une ou plusieurs des modalités suivantes:

☐ a) une personne de l'entourage

☐ b) congé palliatif demandé par ...

relation, avec le patient: ...

☐ c) appel à la surveillance par l'entourage complémentaire, éventuellement des volontaires recyclés par des instances agréées

☐ d) aide familiale

☐ prise en charge de jour;

☐ prise en charge de nuit;

☐ accueil pendant le week-end.

☐ ☐ Besoin d'au moins 2 des 5 éléments mentionnés ci-après(3):

☐ a) médicaments palliatifs spécifiques (analgésiques, antidépresseurs, sédatifs, corticoïdes, antiémétiques, laxatifs);

☐ b) matériel de soins (matériel d'incontinence, matériel de soins de plaies/de soins de stomie);

☐ c) dispositifs (matelas, lit d'hôpital, chaise percée et accessoires);

☐ d) pousse-seringues ou pompe anti-douleur;

☐ e) soins psychosociaux journaliers pour la famille.

☐ ☒ Surveillance quotidienne ou soins quotidiens par un praticien de l'art infirmier pour un patient dépendant au moins pour se laver et s'habiller, pour se déplacer et aller à la toilette, pour incontinence et/ou pour manger. (La dépendance implique au moins un score de niveau 3 sur l'échelle de Katz pour chaque groupe de dépendance).

Signature du médecin de famille

Date

Cachet

(1) Indiquer une des deux possibilités.

(2) Désigner deux des trois conditions et compléter éventuellement.

(3) Cocher au moins deux des cinq éléments.

voir verso s.v.p.

Conditions auxquelles le patient palliatif à domicile doit répondre pour entrer en ligne de compte pour une intervention forfaitaire de l'assurance obligatoire soins de santé pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires.

Il doit s'agir d'un patient:

- 1° qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles;
- 2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique;
- 3° chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable;
- 4° pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois);
- 5° ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés;
- 6° ayant l'intention de mourir à domicile;
- 7° et qui répond aux conditions reprises dans cette formule.

[Annexe 6]

**NOTIFICATION DE SOINS INFIRMIERS POUR UN PATIENT PALLIATIF**

*Identification du bénéficiaire*

Nom et prénom:

Adresse:

Date de naissance:

N° de sécurité sociale (NISS) :

N° d'inscription O.A. (uniquement pour les patients sans NISS):

N° d'identification de l'O.A. : ☐ ☐ ☐

Je soussigné(e): inscrit(e)

sur la liste des praticiens de l'art infirmier de l'INAMI sous le n°      donne  
connaissance au médecin-conseil qu'il/elle commence les soins palliatifs chez le bénéficiaire en date du

J'ai pris connaissance des conditions d'attestation de ces soins et particulièrement de l'article 8, § 5bis de la nomenclature des prestations de santé.

*Identification du praticien responsable du groupe de praticiens qui assureront la prise en charge permanente (si le groupe dispose d'un n° tiers payant, l'indiquer également):*

Nom et prénom du (de la) responsable du groupe

n° INAMI

N° tiers payant

*Identification du médecin traitant:*

Nom et prénom:

n° INAMI:

*Identification du praticien de l'art infirmier de référence avec connaissance en matière de soins palliatifs ou de l'équipe agréée d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs:*

Nom et prénom:

n° INAMI:

Ou

Nom de l'équipe:

n° d'identification:

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