Annexe 3

*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)

*Données d’identification du bénéficiaire*

Nom et prénom:

Adresse (résidence principale):

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. : ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦

Adresse du lieu de soins (à compléter obligatoirement) :

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 |  | est capable de se laver complètement sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus ou en dessous de 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 |  | est capable de s'habiller et se déshabiller complè-tement sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou en dessous de 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 |
| Transfert et déplacement |  | est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indé-pendante, sans auxi-liaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers | est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l’utilisation d’auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, …) | a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements | est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer |
| Aller à la toilette |  | est capable d’aller seul à la toilette, de s’habiller ou de s’essuyer | a besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s’habiller ou s'essuyer | a besoin d’aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s’habiller et/ou s'essuyer | a besoin d’aide pour les trois items : se déplacer et s’habiller et s’essuyer |
| Continence |  | est continent pour les urines et les selles | est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris) | Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles | est incontinent pour les urines et les selles |
| Manger |  | est capable de manger et de 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| - en cas de score 2 pour le critère de continence : une combinaison de l’incontinence d’urine nocturne et de l’incontinence d’urine occasionnelle | | | | |
| durant la journée a été constatée chez le bénéficiaire : | OUI |  | NON |  |

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

en date du

pendant une période qui se termine

Si des soins ont été prescrits, identification du médecin prescripteur:

nom: n° I.N.A.M.I.: ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus, *le forfait A / forfait B / forfait C* (2) est demandé, des soins de toilette sont notifiés (2).

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 (2) joint (article. 8, § 6, de la nomenclature).

identification du médecin prescripteur de ce certificat médical :

nom: n° I.N.A.M.I.: ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦

Le praticien de l'art infirmier,

*(date, nom et signature)*

(1) Biffer la mention inutile

(2) Biffer ce qui ne convient pas