

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

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin conseil

Nom du patient :.....

Adresse du patient :.....

Numéro de compte :.....

Vignette mutualité

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

Diagnostic en matière de soin palliatifs :.....

Soit (1) 0 Patient avec assistance de l'équipe palliative :

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

Date de la première assistance :...../...../2020.

Soit (1) 0 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 organisé 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 la 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 le dossier du patient.

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

0 1. Assistance et surveillance permanentes, concrétisées par une ou plusieurs des modalités suivantes :

0 a) une personne de l'entourage

0 b) congé palliatif demandé par :.....

relation, avec le patient :.....

0 c) appel à la surveillance par l'entourage complémentaire, éventuellement des volontaires formés en soins palliatifs

- 0 d) aide familiale :
 - 0 prise en charge de jour ;
 - 0 prise en charge de nuit ;
 - 0 accueil pendant le week-end.

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

- 0 a) médicaments palliatifs spécifiques (analgésiques, antidépresseurs, sédatifs corticoïdes, antiémétiques, laxatifs) ;
- 0 b) matériel de soins (matériel d'incontinence, matériel de soins de plaies/de soins de stomie) ;
- 0 c) dispositifs (matelas, lit d'hôpital, chaise percée et accessoires) ;
- 0 d) pousse-seringues ou pompe anti-douleur ;
- 0 e) soins psychosociaux journaliers pour la famille.

0 3. Surveillance quotidienne ou soins quotidiens par un praticien de l'art infirmier pour se déplacer et aller à la toilette, pour incontinence et/ou pour incontinence et/ou pour manger. (La dépendance implique au moins un score de niveau 3 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.

N.B Momentanément le forfait s'élève à 686,24 euro pour trente jours et peut se prolonger encore une fois