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 de lieu de soins (si différente de la résidence principale) : .....

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 complètement 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 indépendante, sans auxiliaire(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