

## STATUT PALLIATIF

**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 (cfr Annexe 1).**

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 (réponse négative à la question « *Seriez-vous étonné si votre patient venait à décéder dans l'année ?* »)

5° : ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels important 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 (cfr Annexe 1 ci- après)

### Annexe 1

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 :

Adresse du patient :

Mutualité :

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 d'une équipe palliative

Nom de l'équipe ou, le cas échéant, du réseau :

Date de la première assistance :

Soit (1)  patient sans assistance d'une 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 :

une personne de l'entourage

congé palliatif demandé par :  
relation avec le patient :

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

aide familiale / gardes à domicile

◇ prise en charge de jour

◇ prise en charge de nuit

◇ prise en charge pendant le week-end

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

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

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

dispositifs (matelas, lit d'hôpital, chaise percée ou autres accessoires) ;

pousse-seringues ou pompe anti-douleur ;

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, s'habiller, se déplacer, aller à la toilette, incontinence et/ou manger.

La dépendance implique au moins un score de niveau 3 sur l'échelle de Katz pour chaque critère de dépendance.

Signature du médecin de famille

Date

Cachet

(1) Indiquer 1 des 2 possibilités

(2) Désigner 2 des 3 conditions et compléter éventuellement

(3) Cocher au moins 2 des 5 éléments