

**ANNEXE 41**

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

**ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT  
LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**

**Identification du bénéficiaire :**

**Numéro INAMI de l'institution :** .....

NOM – Prénom : ..... Numéro national : .....

**A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)**

| CRITERE                   | Ancien Score | Nouveau 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 de 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 DEPLACEMENTS |              |               | 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 A LA TOILETTE       |              |               | est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et 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       | doit être entièrement aidé 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 ou boire                                |

| CRITERE |  |  | 1               | 2   | 3                                 | 4  |
|---------|--|--|-----------------|---|-----------------------------------|--|
| TEMPS   |  |  | pas de problème | de temps en temps, rarement des problèmes | des problèmes presque chaque jour | totalment désorienté ou impossible à évaluer |
| ESPACE  |  |  | pas de problème | de temps en temps, rarement des problèmes | des problèmes presque chaque jour | totalment désorienté ou impossible à évaluer |

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : -la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie Cdément est demandée<sup>(1)</sup>

- un accueil en centre de soins de jour est demandé<sup>(1)</sup>

**B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :**

**C. Le Médecin (obligatoire si aggravation moins de 6 mois après changement lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :**

|   |                             |           |
|---|-----------------------------|-----------|
| Nom et numéro Inami ou cachet du médecin <sup>(1)</sup><br>Nom de l'infirmier(ère) responsable <sup>(1)</sup> | Date :<br>...../...../..... | Signature |
|---|-----------------------------|-----------|

<sup>(1)</sup> Biffer la mention inutile.

## **Catégories de dépendance**

### **MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES - MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3» ou «4» pour le critère concerné) :

**Catégorie O** : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement ;

**Catégorie A** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et  
ils sont entièrement indépendants physiquement ;

**Catégorie B** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et  
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

**Catégorie C** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et aller à la toilette, et  
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

**Catégorie C dément** : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour incontinence, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou pour aller  
à la toilette  
et/ou pour manger.

## **Critères de dépendance**

### **CENTRE DE SOINS DE JOUR**

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise au recto, le bénéficiaire doit satisfaire aux critères de dépendance suivants :

- soit il est dépendant physiquement :  
il est dépendant pour se laver et s'habiller, et  
il est dépendant pour le transfert et déplacements et/ou aller  
à la toilette ;
- soit il est dépendant psychiquement :  
il est désorienté dans le temps et dans l'espace et  
il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller.