

CHECK-LIST DE JUSTIFICATION BSI

À joindre obligatoirement au dossier patient

Nom du patient : _____

N° Sécurité sociale : _____

Date d'évaluation _____

BSI : _____

IDEL référent : _____

1 CONTEXTE GÉNÉRAL

- | | |
|---|---|
| ☐ Polypathologies chroniques | ☐ État de santé fragile ou instable |
| ☐ Risque de décompensation somatique | ☐ Risque de décompensation fonctionnelle |
| ☐ Risque de décompensation sociale | ☐ Maintien à domicile avec surveillance infirmière |

2 AUTONOMIE — ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

- | | |
|---|--|
| ☐ Difficulté toilette | ☐ Difficulté habillage |
| ☐ Difficulté déplacements | ☐ Difficulté alimentation |
| ☐ Troubles de la continence | ☐ Fatigabilité importante |
| ☐ Douleurs chroniques limitantes | ☐ Troubles cognitifs légers à modérés |

Aide humaine nécessaire :

- ☐ Partielle ☐ Totale ☐ Variable selon l'état clinique

3 SURVEILLANCE CLINIQUE

- | | |
|--|---|
| ☐ Surveillance quotidienne ou rapprochée | ☐ Risque infectieux |
| ☐ Risque cutané (plaies, escarres) | ☐ Risque métabolique / iatrogène |
| ☐ Observance thérapeutique avec supervision | ☐ Adaptation régulière des soins |

4 COMPLEXITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

- | | |
|---|---|
| ☐ Multiplicité des soins | ☐ Soins évolutifs / non standardisés |
| ☐ Coordination interprofessionnelle nécessaire | ☐ Ajustements fréquents du plan de soins |
| ☐ Situations imprévisibles | ☐ Nécessité de téléconsultation / TLS |

5 ENVIRONNEMENT ET CONTEXTE SOCIAL

- | | |
|--|---|
| ☐ Isolement social | ☐ Aidant principal en difficulté |
| ☐ Difficultés organisationnelles | ☐ Difficultés sociales |
| ☐ Coordination médecin / spécialistes | ☐ Coordination services sociaux |

6 JUSTIFICATION DU NIVEAU DE BSI

☐ BSA Léger 13,00€/j	☐ BSB Intermédiaire 18,20€/j	☐ BSC Lourd 28,70€/j
---	---	---

Le niveau retenu est justifié par :

- | | |
|--|---|
| ☐ Altération de l'autonomie | ☐ Charge de soins importante |
| ☐ Surveillance clinique renforcée | ☐ Complexité globale |
| ☐ Coordination des soins | ☐ Environnement social fragile |

7**TEMPS INFIRMIER INDISPENSABLE**

- | | |
|---|--|
| ☐ Surveillance clinique directe et indirecte | ☐ Coordination des intervenants |
| ☐ Éducation thérapeutique | ☐ Échanges avec aidants et professionnels |
| ☐ Adaptation continue du plan de soins | ☐ Accompagnement psychologique |

8**RÉÉVALUATION**

- | | |
|--|--|
| ☐ Situation réévaluée régulièrement | ☐ Adaptation si évolution clinique |
| ☐ Révision du niveau de BSI si nécessaire | ☐ Bilan intermédiaire prévu si justifié |

■ Rappel easyidel — À joindre à ce document :

Photo de l'environnement si profil Diogène / isolement social — Photo des plaies si BSC lié au risque cutané
Constante du jour notée dans le cahier de soins au domicile — Score Pallia 10 et PPS à réévaluer à chaque bilan

Date :

Signature IDEL :

ÉVALUATION DE L'ÉTAT PALLIATIF

À compléter si suspicion de soins palliatifs — à joindre à la check-list BSI

Nom du patient : _____

Date d'évaluation : _____

9

PALLIA 10 — GRILLE DE REPÉRAGE PALLIATIF (HAS)

PALLIA 10 — Grille de repérage palliative (outil officiel HAS)

Au-delà de 3 réponses OUI → soins palliatifs complexes justifiés — recours EMSP recommandé

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| ☐ OUI | ☐ NON | 1. La maladie est-elle en phase d'évolution avancée et la mort prévisible à court terme ? |
| ☐ OUI | ☐ NON | 2. Le traitement curatif est-il inefficace ou non souhaité par le patient ? |
| ☐ OUI | ☐ NON | 3. Y a-t-il une ou plusieurs défaillances d'organes ? |
| ☐ OUI | ☐ NON | 4. Des soins complexes sont-ils nécessaires (douleurs réfractaires, détresse respiratoire.. |
| ☐ OUI | ☐ NON | 5. Existe-t-il une souffrance physique et/ou psychologique intense ? |
| ☐ OUI | ☐ NON | 6. Le patient est-il hospitalisé fréquemment pour aggravation de sa maladie ? |
| ☐ OUI | ☐ NON | 7. Y a-t-il une perte d'autonomie progressive et rapide ? |
| ☐ OUI | ☐ NON | 8. Y a-t-il un refus ou une impossibilité de traitement curatif ? |
| ☐ OUI | ☐ NON | 9. Les proches sont-ils en grande souffrance ou épuisés ? |
| ☐ OUI | ☐ NON | 10. La question de la fin de vie est-elle posée par le patient, son entourage ou l'équipe ? |

Score total OUI : _____ / 10

≥ 3 OUI → Soins palliatifs complexes — cocher BSC + MCI systématique

10

PPS v2 — PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE

PPS v2 — Palliative Performance Scale

Score < 70% → patient relevant des soins palliatifs | Score < 40% → BSC systématique

- | | | |
|--------------------------|-------------|--|
| ☐ | 100% | Activité normale, aucun signe de maladie |
| ☐ | 80% | Activité normale avec effort, quelques signes de maladie |
| ☐ | 60% | Incapacité à travailler, maladie significative présente |
| ☐ | 40% | Alité la plupart du temps, nécessite assistance |
| ☐ | 20% | Alité en permanence, soins importants nécessaires |
| ☐ | 0% | Décès |

Score PPS retenu : _____ %

11

STATUT PALLIATIF ET ACTIONS

- | | |
|--|---|
| ☐ Patient relevant des soins palliatifs | ☐ HAD prescrite ou en cours |
| ☐ EMSP (Équipe Mobile Soins Palliatifs) contactée | ☐ Médecin traitant informé |
| ☐ Famille / aidants informés | ☐ Directives anticipées présentes au dossier |
| ☐ Personne de confiance désignée | ☐ Projet de soins personnalisé établi |

12

COTATION RECOMMANDÉE EN CONTEXTE PALLIATIF

■ Cotation obligatoire en contexte palliatif

BSC obligatoire	PPS < 50% ou charge de soins lourde	28,70€/j
MCI systématique	Coordination pluridisciplinaire justifiée	5,00€
Nuit / Dimanche	Si passages prescrits sur ces plages	9,15€ / 8,50€
Levée de doute MIR	Si appel régulation sans acte réalisé	AMI 1,35

Rappel avenant 11 (2026) : La majoration MSG (3,10€) est prévue pour les patients BSC les plus fragiles dès 2028 avec seuils SEGA. Anticiper dès maintenant la documentation des critères de fragilité.

13 OBSERVATIONS CLINIQUES LIBRES

Date :

Signature IDEL :