

Demande d'admission en maison de convalescence MC

1. Données administratives

1.1 Demandeur (compléter toutes les données ou coller une vignette de la mutualité)

Nom:

Prénom:

Numéro national:

Adresse:

Code postal : Commune:

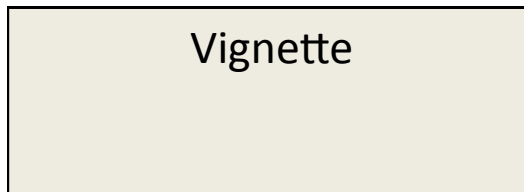
Tel./Gsm:

N° Mutuelle: Code titulaire:/.....

Nom médecin généraliste: Tel. Médecin généraliste:

Le demandeur séjourne actuellement: au domicile à l'hôpital ou dans une autre institution:

Nom/Service:	Personne de contact:	Téléphone/ mail



1.2 Personne de contact

Nom: Prénom: Lien de parenté:.....

Tél./Gsm:

Nom: Prénom: Lien de parenté:.....

Tél./Gsm:

1.3 Accompagnant éventuel (si l'accompagnant est également dépendant il faut établir une demande distincte)

Nom:

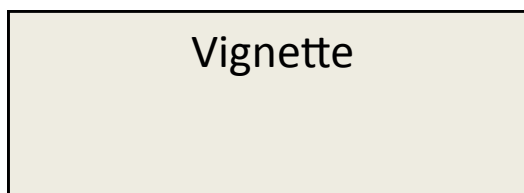
Prénom:

Numéro national:.....

Tél./Gsm:.....

Adresse:

Code postal : Commune:



1.4 Centre de convalescence souhaité

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zorgverblijf Ter Duinen
Louiseweg, 46
8620 Nieuwpoort
Tél. 058/22.33.11
Fax 058/22.33.00
opname.terduinen@cm.be | <input type="checkbox"/> Zorgverblijf Hooidonk
Langestraat, 170
2240 Zandhoven
Tél. 03/320.28.11
Fax 03/320.28.10
herstel@hooidonk.be | <input type="checkbox"/> Séjours & santé Spa Nivezé
Route du Tonnelet, 76
4900 Spa
Tél. 087/79.00.00
Fax 087/79.03.00
info@niveze.be |
|---|---|---|

Le patient souhaite une: chambre individuelle chambre à deux lits chambre avec accompagnant

2. Données médicales et sociales

2.1 Diagnostic qui nécessite un séjour de convalescence (à compléter absolument):

.....
.....
.....

Le plan de traitement doit viser:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> l'optimisation de l'autonomie | <input type="checkbox"/> un soutien de l'aidant proche |
| <input type="checkbox"/> une revalidation spécifique | <input type="checkbox"/> le repos |
| <input type="checkbox"/> autre (précisez svp): | |

L'intéressé a-t-il déjà été admis précédemment dans un centre de convalescence pour le même traitement:

- Oui Non

Date d'admission à l'hôpital:/...../..... Date de sortie prévue:/...../.....

Date de l'opération:/...../..... Code opératoire (K ou N)

Interdiction d'appui: Oui Non si oui, jusqu'au:/...../.....

Convalescence suite à un accident avec un tiers responsable: Oui Non

Convalescence suite à un accident de travail reconnu: Oui Non

2.2 Autres pathologies ou soins nécessaires:

(logopédie, dialyse, gastrostomie, soins de plaies, sonde urinaire—*si supra-pubienne -> fournir 1 sonde de remplacement*)

.....
.....
.....

Oxygène Cordonnées du fournisseur:.....

Le médecin conseil a-t-il déjà donné son autorisation: Oui Non

2.3 Risque de contagion: Existe-t-il un risque de contagion pour d'autres personnes?

Si oui, précisez:

(*bactérie hospitalière: si un premier dépistage était positif, un dépistage négatif est nécessaire*)

2.4 Régime alimentaire spécifique:

Si oui, précisez:

2.5 Allergies:

Si oui, précisez:

2.6 Raison sociale:

Facteurs sociaux ou environnementaux qui justifient, outre les raisons médicales, un séjour dans un centre de convalescence (domicile non adapté, situation familiale, ...)

.....
.....

Existe-t-il:

Des soins à domicile:

Un encadrement par des aidants proches:

Un administrateur de biens:

Un suivi par un service social reconnu:

Autre:

3. Description du taux d'autonomie actuel (échelle de Katz)

Critère	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(e) 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 (e) pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERTS ET DEPLACEMENTS	est autonome pour le transfert et se déplace 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 infirme ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE	et capable d'aller seul (e) aux toilettes, 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 (e) pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE	est continent (e) pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent (e) pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent (e) pour les urines (y compris exercices de miction ou les selles)	est incontinente (e) pour les elles et les urines
MANGER	est capable de manger et de boire seul(e)	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il/elle mange ou boit	est totalement dépendant(e) pour manger ou boire
TEMPS (2)	pas de problème	de temps en temps (problèmes rares)	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté (e) ou impossible à évaluer
ESPACE (2)	pas de problème	de temps en temps (problèmes rares)	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté (e) ou impossible à évaluer

Si la personne obtient un score de 2 ou plus pour le critère spatio-temporel: veuillez fournir un score MMSE récent, un rapport circonstancié des antécédents médicaux et du comportement actuel de la personne. Score MMSE:/30

Criterium	1	2	3	4	5
Comportement nocturne	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Dérangement verbal	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Comportement destructeur	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Difficulté à l'expression	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Comportement agité	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Perte de notion de bienséance	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer
Fugue	jamais	rarement	presque chaque nuit	toujours	impossible à évaluer

4. Éléments psychiques

N.B. : les centres de convalescence n'ont pas de section fermée. Les clients peuvent accéder librement à la cafétéria. Aucun encadrement spécifique n'est prévu pour les personnes présentant une problématique cognitive psychiatrique.

- Désorientation temporaire:
- Dépression:
- Déficience intellectuelle:
- Comportement agressif:
- Problèmes d'addiction:
- Problème psychiatrique:
- Autre:

Si l'une des situations susmentionnées a été cochée, spécifiez:

.....

.....

5. Accueil prévu après la convalescence

- Retour à :
- Autre:
- La situation est problématique parce que:

6. Estimation de la durée du séjour

Date d'admission/...../..... jusqu'au/...../.....

Durée du séjour:

Merci de joindre: un rapport médical récent et une liste récente des médicaments

Date:/...../.....

signature

Nom du médecin demandeur (en majuscules) ou cachet :

Numéro INAMI du médecin demandeur:

Veillez svp renvoyer ce document au centre de préférence par courrier, par fax ou par mail.

Séjours & Santé
nous prenons soin de vous



**Hooidonk
Spa Nivezé
Ter Duinen**