

Demande d'admission en maison de convalescence MC

Séjours & Santé
nous prenons soin de vous



Hooidonk
Nivezé
Ter Duinen

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:

Tél/ Gsm:

N° Mutuelle: Code titulaire: /

Nom médecin généraliste: Tél. Médecin généraliste:



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

Zorgverblijf Ter Duinen
Louisweg 46
8620 Nieuwpoort
Tel. 058/22.33.11
Fax. 058/22.33.00
Opname.terduinen@cm.be

Zorgverblijf Hooidonk
Langestraat 170
2240 Zandhoven
Tel. 03/320.28.11
Fax. 03/320.28.10
herstel@hooidonk.be

Séjours & Santé Nivezé
Route du Tonnelet 76
4900 Spa
Tel. 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 médical qui nécessite un séjour de convalescence (à compléter absolument)

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

Le plan de traitement doit viser:

- l'optimisation de l'autonomie un soutien de l'aidant proche une revalidation spécifique le repos
 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 Coordonnées 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	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 de manière 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 AUX TOILETTES	est capable d'aller seul(e) aux toilettes, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois actions suivantes: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois actions suivantes: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé(e) pour les trois actions suivantes: 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 incontinent(e) pour les selles 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 compartement actuel de la personne.

Score MMSE:..... /30

Critère	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. Eléments 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 un problème cognitif 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 convalescence souhaité par courrier, par fax ou par mail.